COMMENTARII
DI CLINICA MEDICA

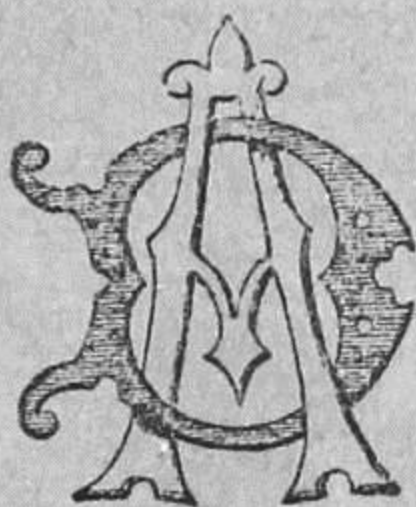
DI

DE-GIOVANNI ACHILLE

PROF. ORD. E DIRET. DELLA CLINICA MEDICA GENERALE

NELLA REGIA UNIVERSITÀ

DI PADOVA

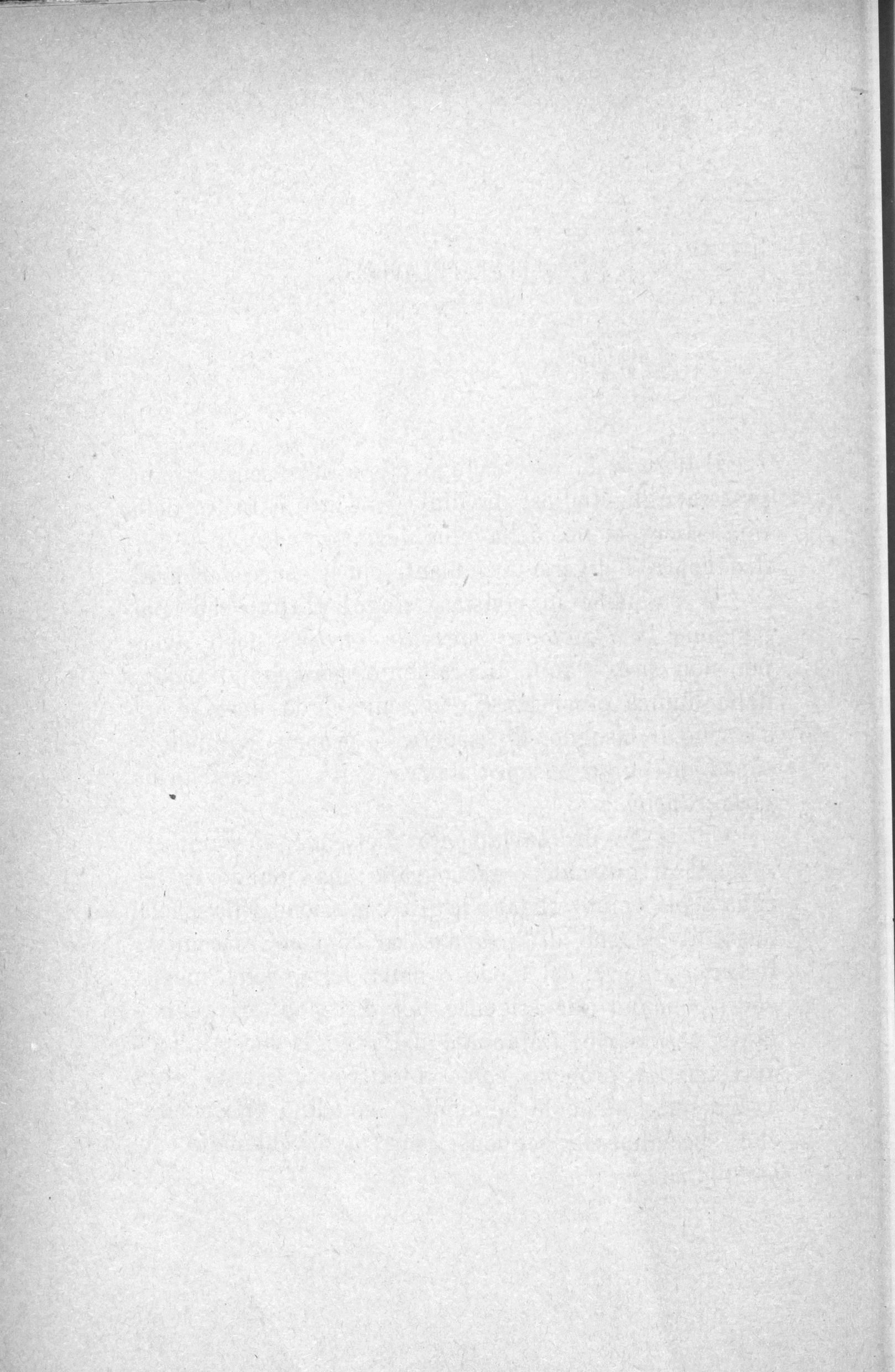
Volume I.

PADOVA

ANGELO DRAGHI EDITORE

1888

A

SUOI DILETTI ALLIEVI

L' AUTORE

BREVE PREAMBOLO

Il libro a cui mi accingo e che offro senza alcuna pretesa agli studiosi di Clinica medica, è frutto della mia osservazione, della mia iniziativa, de' miei giudizi sopra i diversi argomenti che si succederanno.

Se passiamo in rivista i singoli trattati che compongono la *Patologia speciale medica* dopo avere per non brevi anni liberamente percorso il campo della clinica osservazione, si sente il desiderio, e fors'anche il bisogno, di esporre la propria opinione o sopra un punto o sopra l'altro delle diverse forme nosografiche.

Ciò si fa ordinariamente mettendo a stampa o articoli di giornale, o monografie; ma quando la fortuna abbia voluto affidarci la grave missione della scuola, nasce il bisogno di ordinare od almeno raccogliere il fatto proprio nel modo e nella forma che meglio corrispondano alle esigenze dei discepoli. Ai quali è tanto necessario il Manuale di Patologia speciale medica che si propone come il migliore, quanto utile avere sotto mano le opinioni, i metodi, i criteri ecc. che specialmente seguonsi da chi è chiamato ad istruirli.

D'altronde anche a medici fatti non tornerà del tutto ozioso scorrere queste pagine, dove troveranno qualche precetto, o consiglio, o pensamento che, per essere emanazione dell'esperienza, potrà forse appianare loro la via, o far loro nascere idee nuove, o agevolare il compito della pur sempre *arte difficile*.

Con questo libro intendo servire principalmente alla pratica della medicina; e secondo tale proposito la scelta degli argomenti, come il metodo della trattazione, procederanno senza riguardo all'ordine scolastico, senza il peso della erudizione, senza abbondare in esplicazioni teoretiche; ma tenendomi solo all'ordine che è voluto dalla chiarezza, alle citazioni indispensabili, alle spiegazioni che saranno date, od accennate, dai fatti dell'osservazione.

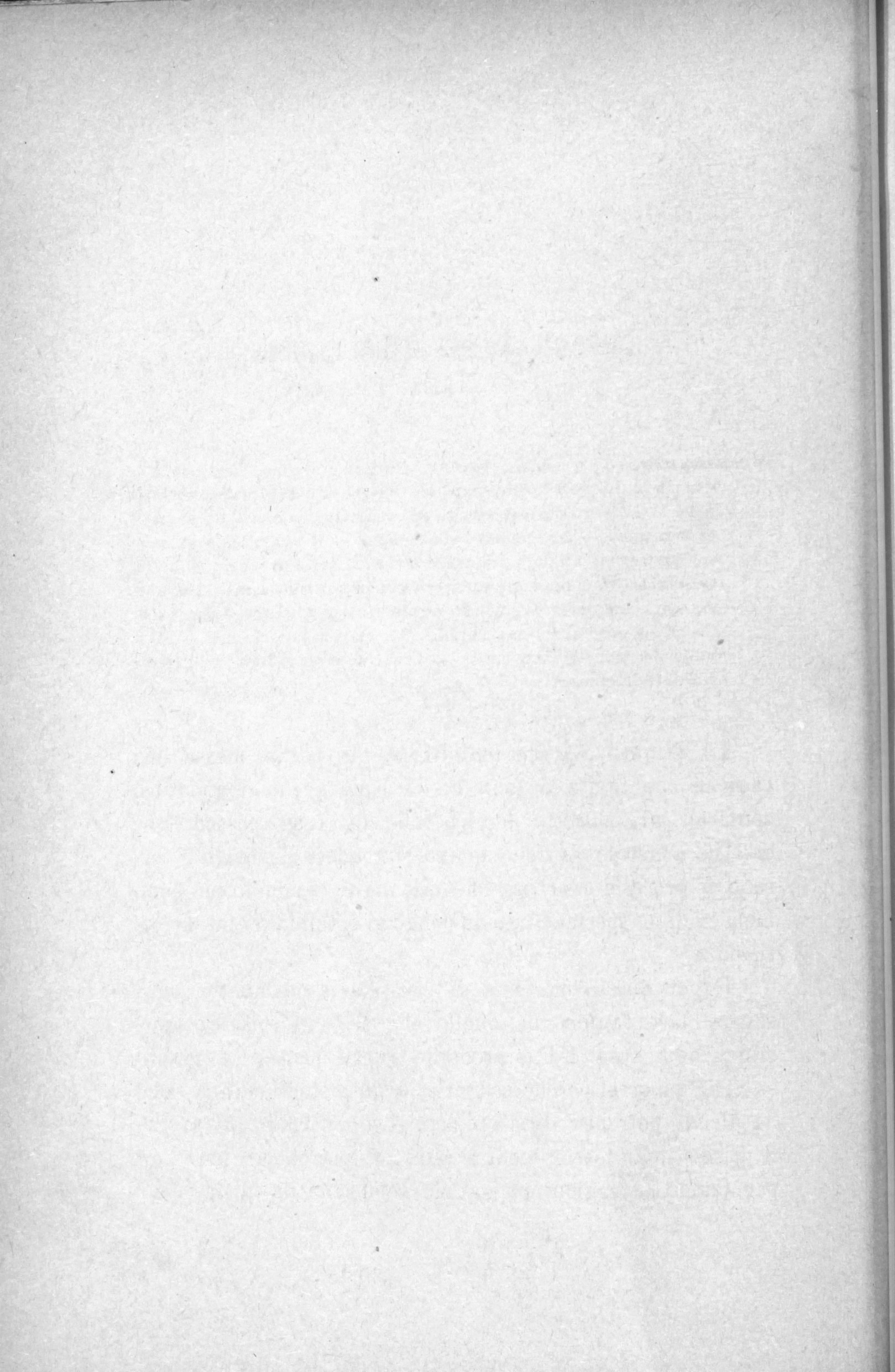
Io mi permetto di credere, che molti libri che si succedono ogni breve tratto di tempo, potrebbero essere soppressi senza danno veruno della scienza. Ed in questa opinione e perchè diffido delle mie forze, do mano al lavoro mio non senza trepidazione: un po' di coraggio mi viene dal proposito di ripetere meno che mi sarà possibile cose ridette, o vane.

Non devo chiudere questo preambolo senza avvertire, che mi sento francamente libero davanti ad ogni teoria. La mia guida saranno i principî fondamentali della biologia e quelli bene assodati della fisiologia e della patologia; gli argomenti della discussione saranno suggeriti dai fatti bene accertati. Non amo una teoria perchè è nuova, nè la combatto perchè contraria alle previsioni del giorno innanzi; ma credo dovere del clinico sottoporre tutte al giudizio della

severa critica — spesso pur troppo caluniata da chi non sa farla — e della soda esperienza.

Ho detto che scopo precipuo di queste pagine è servire alla pratica; per altro confido, che qualche concetto scientifico potrà essere lumeggiato dai fatti e dalla discussione clinica, non potendosi negare alla clinica osservazione il merito di avere contribuito a porre, come a risolvere, non pochi quesiti scientifici; tanto che può ben dirsi con alcuni fisiologi del passato e dell'oggi, che la fisiologia e la clinica costituiscono una sola scienza.

Per non perdere di vista lo scopo scientifico basterà non avere opinioni sistematiche, non disprezzare l'antico, non creare idoli, non coartare il giudizio nostro entro i confini d'una ipotesi, considerare l'organismo nella sua complessità, e studiare ogni fenomeno come un riflesso di questa.

I.

Intorno alla cura della scrofolosi addominale

Sommario. — Esposizione succinta d'un caso pratico, — È possibile sempre la diagnosi differenziale tra scrofolosi e tubercolosi addominale? — La cura deve procedere dal concetto clinico. - Un secondo caso pratico. — Discussione sulla terapia: — Il sanguisugio all'ano; sua indicazione; valore scientifico dei risultati terapeutici; — Le rivulsioni si devono ritenere vantaggiosissime non considerate in sè sole, sì bene come parte del metodo curativo; come agiscano; come la loro azione sia coadiuvata dai diuretici, dal bagno, dai solventi. — Riassunto dei precetti terapeutici. — Breve appendice tratta dall'esame delle storie cliniche.

La frequenza della malattia è già per sè stessa una ragione che invita a tentativi di cura anche non affatto conformi al concetto teorico che di essa possediamo; così in generale avviene quando intendesi disputare il terreno a processi morbosi, che alle cure razionali più commendevoli e sperimentate oppongono ostinata e fatale resistenza.

È per questo che non di raro l'arte medica fa senza sapere dare ragione di quello che fa - il successo giustifica ogni cosa. Ed io premetto questi pensieri a quanto sto per esporre, perchè si tratta d'un metodo curativo che da alcuni potrebbe dirsi un errore se guardato attraverso il prisma delle teorie; mentre altri non potrebbero passarmi per buone le ragioni che a me sembrano dargli la mag-

giore razionalità, e forse terranno il metodo curativo medesimo in conto d'una semplice trovata empirica.

Ciò non ostante mi faccio un dovere di scrivere quello che ho veduto.

Sono scorsi alcuni anni quando venni invitato a consulto dall'egregio Dott. Materzanini di Cologna veneta presso una signora, la quale era stata veduta da altri e giudicata affetta da scrofolosi della glandole addominali e diversamente trattata, ma senza alcun risultato. Il mio consulto doveva essere di quelli che servono alle convenienze: vedrà, dicevami il collega, vedrà che non c'è nulla da fare.

La signora aveva oltrepassato i 30 anni, era maritata con figli; poco sapevasi del gentilizio e i precedenti morbosi non offrivano cosa di speciale interesse. Da non breve tempo aveva principiato a soffrire per dissesti delle funzioni addominali, dispepsie, stitichezze alternate con qualche sciolta, dimagramento, gonfiezze di ventre e finalmente si fecero sentire quelle durezze, quei nodi glandulari nell'addome, che rivelarono la ragione di tutti i precedenti ed anche della febre, che era venuta ad aggravare il caso per il maggiore deperimento costituzionale che ogni giorno progrediva.

Il suo aspetto era di persona macilenta; il solo addome era voluminoso. Al capo nulla di notevole. Al petto poco catarro bronchiale sparso, con sintomi plessici e stetoscopici incerti agli apici polmonali. Il cuore normale. Il fegato, la milza più voluminosi del normale. Nell'addome voluminoso, foggiato ad otre, non molto teso, si palpavano facilmente dei nodi superficiali e profondi in mezzo alle anse intestinali meteoriche e si constatava la presenza di

scarsa raccolta peritoneale. In nessun luogo avevasi spiccata addolorabilità. L'apparecchio sessuale e l'uropoietico normali. Alle estremità inferiori incipiente edema attorno ai malleoli. Le urine, le deiezioni ventrali all'aspetto indifferenti. Assoluta inappetenza, digestioni laboriose, febre.

Fatte alcune considerazioni diagnostiche, sulle quali conveniva interamente il collega, conclusi trattarsi di scrofolosi delle glandule addominali, affermai potersi avere ancora qualche speranza di miglioramento ed aggiunsi a completare la prognosi press'a poco questo: se dopo le prime pratiche della cura che indicherò, vedremo rimoversi qualche sintoma e specialmente quelli inerenti al volume del ventre e alla funzione digerente, potremo aspirare anche a qualche cosa più del semplice miglioramento.

A queste mie dichiarazioni il Collega non aggiustava la propria convinzione; ma prudentemente si proponeva di eseguire con scrupolo ogni mia raccomandazione.

Il piano curativo proposto ed eseguito fu il seguente: 1. anzi tutto sieno applicate 4-5 sanguisughe all'ano: 2. il giorno appresso si faccia una generosa frizione sull'addome con olio di Croton per provocare la eruzione caratteristica. 3. Contemporaneamente si amministri in tempo utile una dosarella di solfato di chinino, che dovrà ripetersi finchè si manifesti la febre. 4. Si ordini scrupolosa ma eletta la dieta secondo la tolleranza della paziente. 5. Si pratichi nell'ore vespertine l'enteroclisma se nel giorno sarà mancata la scarica, o sarà stata troppo scarsa. 5. Appena lo consenta il miglioramento dello stomaco, si usi dell'acqua salso-iodica di Sales oppure quella iodo-bromica di Abano. 6. Dopo 15-25 giorni si ripeta il sanguisugio all'ano, la frizione di Croton. 7. Cessata

la febre, migliorata la digestione si prescriva il semicupio medicato coi sali di Castrocaro; possibilmente si faccia il bagno generale. Così vada continuando la cura con quegli accorgimenti rispetto al tempo e la misura con cui devono essere apprestati i diversi mezzi, finchè si può constatare dopo di essi un mutamento favorevole nella sintomatologia.

Un anno dopo l'egregio curante mi narrò con sua grande soddisfazione, che la paziente era guarita completamente. Aggiungeva come egli si fosse adattato ad eseguire il tutto perchè sentiva il dovere di farlo e perchè gli pareva avessi scoperta una nuova via per fare ancora qualche cosa; ma che era lontanissimo dallo sperare, non che la guarigione, il miglioramento. Aggiunse ancora, che quando cominciò in seguito al sanguisugio a vedere un certo cambiamento al ventre, si pose a meditare sul programma della cura e a sperimentarlo colla maggiore curiosità, confermando sin dai primi passi ciò che io aveva annunciato, cioè che ad ogni pratica curativa si avrebbe veduto un qualche miglioramento.

Io non ho di certo improvvisato il piano curativo davanti al caso che ho accennato; sì bene lo consigliai in un caso tanto compromesso conscio della sua efficacia, incoraggiato da anteriori esperienze; anzi da queste ammaestrato in modo che non solamente le singole pratiche m'erano state dimostrate necessarie, ma anche l'ordine col quale devono succedersi, io riteneva di non lieve importanza.

Ho voluto principiare questo articolo con un caso pratico della clientela privata, perchè è tale che superò addirittura l'aspettazione e perchè fu osservatore degli

avvenimenti persona cognita e intelligente che può testificare sulla realtà dei fatti che sottopongo alla considerazione del benevolo lettore.

Ho curato molte di queste forme morbose attenendomi alle prescrizioni comunemente seguite, e se da un canto il lato diagnostico - generalmente facile - non mi interessava sempre ad un modo, pigliava interesse invece a meditarne la varietà della sintomatologia e dell'andamento.

Il caso che ho esposto in modo sommario, è nella sua singolarità opportunissimo per avviarci ad alcune considerazioni, che si riferiscono precisamente alla varietà della sintomatologia ed alla patogenesi.

Non posso dire la pena che provo ogni volta che davanti agli allievi, o per rispondere alle inchieste d'un collega, debbo discutere il diagnostico differenziale tra scrofolosi e tubercolosi. La questione agitata fra *unicisti* e *dualisti* non è arrivata al suo termine, tanto che sarebbe giusto che la Clinica rimanesse per ora estranea alla questione quando si accinge alle cure, e del resto raccogliesse i fatti che eventualmente possono contribuire alla questione medesima. Invece si tende a fare delle vedute teoriche — le quali si sa che ad ogni tratto si modificano — delle premesse per la cura così detta razionale, e qualche volta si finisce coll'essere irrazionali affatto.

Clinicamente parlando quale giudizio poteva darsi sopra il caso che ho esposto? — Risponde la storia del caso stesso: chi disse trattarsi di scrofolosi addominale, chi di tubercolosi. In vero, quando siamo alle strette per conchiudere il nostro giudizio, da una parte vediamo il processo morboso come una scrofolosi pura, dall'altra tro-

viamo probabile che vi sia il sopravento del bacillo tubercolare: si tratta di un processo irritativo negli elementi glandulari, che potrebbe essere primitivo, o secondario; che anche primitivo nella sua origine, in seguito potrebbe essere aggravato dalla presenza del bacillo di Kock: clinicamente però è un processo irritativo con iperplasia di elementi linfatici e con fatti infiammatori secondari.

In questi casi nei quali vien meno il sussidio della esplorazione microscopica a scopo diagnostico, siamo proprio tenuti alla diagnosi differenziale? Io non lo credo: parmi sia da affermare quello che si vede e si palpa: si vedono e si palpano i tumori delle glandule addominali, che rappresentano una delle manifestazioni della scrofola, e dobbiamo questo affermare prima di tutto. Naturalmente la diagnosi clinica si appoggia a molti altri criteri che aumentano le sue probabilità e anche talvolta danno il titolo della sicurezza, quindi tanto la storia anamnestica quanto l'intero esame obbiettivo concorreranno a completare il nostro giudizio.

E non potrebb'essere un caso di tubercolosi quello che fu denominato scrofolosi? — A questa domanda rispondo con un'altra: — E non è curabile e guaribile anche la tubercolosi? — Ebbene in luogo di rimanere oziosi contemplatori di un processo morboso che, senza plausibili motivi si consegnerebbe anzi tempo alle statistiche mortuarie, che d'altra parte è dovere far contribuire al progresso della terapeutica, è meglio che da noi si prenda di mira nella parte che conosciamo, cioè nel fatto della irritazione ed iperplasia linfatica, per sospenderlo se è possibile.

E se il bacillo della tubercolosi avesse piantato le

sue tende nel tessuto glandulare e vi si moltiplicasse e desso fosse primo ed unico incentivo al processo irritativo?

Rispondo: Non conosciamo in modo positivo e dettagliato quali sieno le condizioui favorevoli e sfavorevoli che i bacilli incontrano nel nostro organismo: e come non sono ignorati i casi di curabilità della tubercolosi, così è necessario studiare con esperienze cliniche quelle condizioni per riconoscere le vie od i mezzi di cura della tubercolosi.

D'altronde l'iniziativa della clinica nel formulare i propri programmi curativi non ha da partire da una idea teorica tuttavia dibattuta, ma dal complesso delle condizioni anatomiche e fisiologiche degli ammalati, essendo un fatto incontestabile, che le stesse cause morbose trovano differenti condizioni negli organismi o favorevoli, o sfavorevoli alla produzione dei loro effetti. In questo io credo risieda uno dei meriti scientifici della Clinica, in quanto che le teorie, essendo per lo più unilaterali, noi dobbiamo invece abbracciare possibilmente tutti i lati della questione e comporre nel piano terapeutico ciò che si può dire veramente l'esperimento clinico, adoperando destramente i poteri fisiologici dell'organismo.

Unicisti e *dualisti* sono condotti ad ammettere che scrofolosi e tubercolosi sarebbero rappresentate da un particolare bacillo. Quello della tubercolosi è oramai accertato. Ebbene, io credo che l'opera del clinico dev'essere quella di agire sull'ambiente dell'organismo e della parte colpita dal processo morboso della scrofola, o della tubercolosi; perchè per quanto si studino fuori dell'organismo le condizioni biologiche dei relativi bacilli, resta sempre da studiarle dentro l'organismo. E qui, lungi mille miglia dalla idea di volere comunque togliere importanza

ai moderni studi eziologici, bisogna convenire nel pensiero, che nella stessa guisa che i diversi animali sottoposti all'esperimento offrono diversa tolleranza e quindi diversa suscettibilità per l'azione dei diversi bacilli, così nell'uomo quando si manifestano quelle esperimentate tolleranze o suscettibilità, si presenta un nuovo programma di ricerche che il medico deve compiere col suo piano terapeutico. Non diremo *naturam morborum curationes ostendunt*; ma proveremo che gli intenti terapeutici ideati con criterio fisiologico e felicemente interpretati, possono contribuire davvero agli studi difficilissimi della patogenesi.

Prima di entrare a discorrere del piano curativo esporrò un secondo caso clinico d'importanza non minore del primo.

Una ragazza di 18 anni venne tradotta nella mia clinica affetta da scrofolosi delle sierose: Pleurite bilaterale con essudato d'ambo i lati; peritonite cronica con traccie di essudato e qua e là alcuni nodi glandulari sensibili specialmente quando scemava il meteorismo, facile quando non procedessero regolari le funzioni dell'intestino o si pronunciasse la stitichezza. La febbre era mite irregolare.

L'esame rivolto a constatare lo stato dei polmoni, del cuore, del fegato, dei reni risultò sempre negativo.

La famiglia della paziente non pare avesse in eredità speciali disposizioni morbose; del resto è ben poco da fidarsi delle informazioni di questo genere. La paziente avrebbe attraversata la prima e la seconda infanzia prosperamente: all'epoca della pubertà principiò a perdere alquanto della prima floridezza: la mestruazione fu tarda, stentata,

irregolare, indi si soppresse. Allora sopra tutto principiò il malessere che durò qualche anno e finì nello stato che accennammo. Le pleuriti nacquero insensibilmente senza febre, senza dolore puntorio acuto, senza tosse. Venne sottomessa all'uso esteso, insistente dei rivulsivi, i quali venivano alternativamente applicati sul torace e sull'addome. Contemporaneamente si modificò la dieta non già nel senso di renderla ricostituente, ma in quello d'impedire che nell'organismo si radunassero materiali che, per non essere utilizzati, contribuiscono ad accrescere il prodotto della iperplasia linfatica - dieta appena sufficiente azotata, ricca di sali vegetali, piuttosto asciutta. Dopo i rivulsivi si ricorse al bagno generale caldo solforoso, promovendo una maggiore attività cutanea. Internamente vennero adoperati i diuretici a quando a quando; il chinino, se lo richiedeva la febre troppo accesa; qualche eupeptico, e qualche sale medio quando pareva si dovesse favorire l'esalazione intestinale.

In questo caso i fattori più importanti della cura sono stati i seguenti: i rivulsivi, la dieta, il bagno caldo, i diuretici; nel caso precedente oltre questi mezzi si fece uso del sanguisugio all'ano, dei solventi internamente. Nell'un caso e nell'altro si constatarono fenomeni di risoluzione progressiva e di guarigione. Nel secondo caso i fenomeni risolutivi non furono veramente progressivi dal giorno che principiarono a manifestarsi; perchè si videro giuocare una specie di alternativa quelli del torace con quelli dell'addome; i primi decrescevano e aumentavano i secondi, e viceversa; tuttavia le alternative avvenivano in modo che ogni successiva esacerbazione de' fatti morbosi era sempre minore della precedente; ad ogni esa-

cerbazione sintomatica si coglieva l'indicazione per tornare ai mezzi rivulsivi e all'uso dei diuretici, dopo i quali coll'intervento del bagno si favoriva il progresso del miglioramento.

Prendiamo ora in esame il procedimento curativo e principiamo dal sanguisugio all'ano.

Le prime volte che feci ricorso a questo mezzo terapeutico, mi v'indusse l'avere constatato la inutile applicazione della cura col ioduro di potassio e cogli altri spedienti suggeriti dai sintomi, che nell'affezione di cui si tratta, si riferiscono ora alla dispepsia, ora ad altri disturbi funzionali dell'intestino, od allo stato generale ecc. che in complesso costituiscono le indicazioni per la cura sintomatica. Non potendo nemmeno pensare alla cura presso qualcuno degli stabilimenti meglio reputati per le affezioni scrofolose, tentai l'applicazione delle sanguisughe all'ano a titolo di esperimento. Al secondo giorno dell'operazione si pronunciarono notevoli fenomeni di miglioramento nel paziente: era diminuito il meteorismo, diminuiti alcuni altri fenomeni dolorosi dell'addome e, scorsi quindici o venti giorni, il paziente medesimo desiderò di tornare al sanguisugio all'ano, asserendo che sperava avrebbe trovato in questo mezzo nuovo miglioramento.

Io non osava affidarmi troppo a questi eventi; ma certo eransi modificate le condizioni del ventre e dall'insieme delle circostanze veniva incoraggiato a ritornare alla prova.

Scorsi due giorni da questa, si notò un sollievo, un vero benessere da parte dell'ammalato; si modificarono le urine, si fece migliore l'appetito, più regolare la digestione

e alla fine ho dovuto convincermi, che anche le nodosità che si sentivano nell'addome, erano in gran parte impicciolite; ciò che faceva maggiore impressione, perchè il ventre aveva perduto il volume primitivo, quindi l'esplorazione si faceva più profonda e con risultato più rassicurante.

Da questi fatti era tratto a meditare sugli effetti fisiologici della sottrazione sanguigna locale; e ricordando come questa solitamente porti vantaggio alle condizioni morbose associate a turgore emorroidale non solo, ma a replezione straordinaria del sistema portale in genere, pensai che, alleggerita essendo la circolazione in tutto il sistema della porta, dovevano di conseguenza modificarsi anche i rapporti della circolazione linfatica, il cui torpore, senza dubbio, favorisce il processo dell'alterata nutrizione negli organi linfatici.

Se i fatti clinici non avessero corrisposto felicemente, si potrebbero sollevare delle obbiezioni alla proposta della sottrazione sanguigna all'ano; ma i risultati curativi, mentre sfuggono alle obbiezioni, credo avvalorino la interpretazione degli effetti fisiologici.

Tuttavia una prima obbiezione potrebbe sorgere dalla ipotesi che la sottrazione sanguigna valga piuttosto a rendere oligoemico il paziente, il quale invece abbisogna di cura ricostituente. Ebbene, io devo francamente ribattere l'ipotesi colla dimostrazione del fatto contrario; perchè gli individui trattati colla sottrazione sanguigna locale acquistarono aspetto migliore e nel colorirsi progressivo delle mucose mostrarono meglio avviato anche il processo della sanguificazione.

Una seconda obbiezione potrà sollevarsi da chi ignora,

o non considera i rapporti che passano tra lo stato della circolazione portale ed i fenomeni irritativi glandolari dell'addome; e di conseguenza vorrà sostenersi, che l'infiammazione degli organi linfatici può aver luogo e produrre i suoi effetti indipendentemente dai fenomeni della circolazione sanguigna. Ma qui si asserisce troppo, e per questo non si vede l'importanza del fatto terapeutico esposto. Si asserisce troppo; perchè se è vero che possono i processi irritativi decorrere e dare i prodotti che si designano poi come il risultato delle infiammazioni croniche, non è affatto escluso che queste abbiano rapporti anche coi fenomeni della circolazione sanguigna. La clinica e l'anatomia patologica somministrano esempi moltissimi; basta per questo ricordare tutta la patologia dell'apparecchio centrale della circolazione. Però a tutto questo riflettendo e tornando colla mente ai fatti terapeutici, dei quali è discorso, si viene precisamente a stabilire la conoscenza di rapporti, da prima non apprezzati, fra lo stato della circolazione portale ed il processo irritativo scrofoloso delle glandole addominali. Conseguentemente, ciò che prima sembrava non conforme ai principî della fisiologia, nè della patologia, risulta invece un corollario legittimo, dei principi medesimi.

E riflettendo ancora meglio allo stesso fatto terapeutico, che dimostra come gli individui trattati col sanguisugio non solo abbiano migliorato nelle condizioni morbose, ma anche nella crasi sanguigna prima ancora d'avere toccata la guarigione, arriveremo ad ammettere come probabile, che, se da un lato le condizioni del circolo portale male influivano sullo stato delle glandole addominali, dall'altro erano fors'anco la causa per cui l'assorbimento e l'assimilazione non avvenivano secondo la norma fisiologica. –

In proposito mi ricorre alla mente un concetto di fisio-patologia spiegato da *Baglivi*; il quale, come è noto, tentò discreditare *l'umorismo chimico* e, sebbene *solidista sistematico*, dettò pensieri di grande osservatore; com'è, per esempio, quando dimostra l'importanza dell'equilibrio tra i solidi e i liquidi dell'organismo, dove, fatta ragione dei tempi, dimostra un felice intuito che fa essere l'A. più naturalista che sistematico; dove registra le seguenti frasi che s'attagliano precisamente al caso nostro: *Ita sanguis niger per alvi fluxum liberare potest a morbis mesenterii....*

Ma lasciamo i ricordi storici e bibliografici, chè non vogliamo l'autorità dei nomi, ma quella dei fatti. E stando a questi dobbiamo senz'altro dichiarare, che la sottrazione sanguigna all'ano non è un mezzo curativo necessario in ogni caso: lo dice apertamente il secondo che ho esposto.

Naturalmente viene da sè la domanda: – come si può riconoscere la indicazione di questo mezzo terapeutico?

Confesso che non ho raccolto elementi sufficienti per rispondere categoricamente; tuttavia mi pare che dall'esame dell'individuo si possa trarre qualche indizio non privo di valore.

Narrerò puntualmente quello che vidi e che mi avvenne, mentre stava studiando la tesi diagnostica di cui ci occupiamo.

Mi fu presentata una fanciulla di 6 anni, figlia di madre e di padre scrofolosi che avevano perduti altri due figli con tutti i sintomi della scrofolosi esterna e interna. La fanciulla a me presentata aveva il ventre tumido con numerosi nodi glandolari, senza raccolta peritoneale. Le

sofferenze della paziente erano poche ; ma grave il timore della madre, perchè aveva notato incipiente deperimento generale. — Mercè diligente esame escludo manifestazioni morbose nel torace e constato solamente qualche glandola cervicale e qualche altra inguinale del volume di piccole nociuole — Era stata curata la bambina con polveri ferruginose, con tonici, coll' olio di fegato di merluzzo e col ioduro di potassio senza verun vantaggio: però acconsentii di curarla nella mia clinica. Quivi mi si presentò la domanda: devo, o non devo, praticare il sanguisugio? — Esaminando nuovamente l' ammalata, mi venne alla mente questo pensiero: — se il sanguisugio giova quando nell' addome s' ha una sproporzionata turgescenza del sistema portale, forse l' indicazione terapeutica si può trarre dall' esame della circolazione addominale esterna, che sappiamo avere coll' interna normali rapporti. E dietro questo pensiero mi decisi per l' applicazione del sanguisugio all' ano, avendo notato, che le vene sottocutanee del segmento inferiore dell' addome erano più del normale visibili. L' applicazione fu anche ripetuta, vennero poscia adoperati anche gli altri mezzi di cui ho detto, e di cui dirò ancora tra breve, e la paziente migliorò nella località e nello stato generale. Quando usciva dalla Clinica, aveva aspetto sano; l'esame del ventre, fatto accuratamente lasciava sentire ancora qualche rimanenza dei primitivi tumori glandolari. Ho riveduto la paziente sette mesi dopo ed era più che soddisfacente all' aspetto, normale l' appetito e la digestione, e conservava nella cavità addominale appena traccie della passata iperplasia glandolare.

Quello che m'è avvenuto nella fanciulla scrofolosa, si

è ripetuto in altri casi, che per la loro monotonia non credo necessario riferire. Mentre scrivo, tengo in osservazione un' altra ragazza, la quale mi fu affidata in istato deplorabile per la macilenza e lo sviluppo dei gangli mesenterici. Qui avevamo anche sintomi di catarro delle minime vie bronchiali quali corredano l' esordio delle broncoalveoliti negli scrofolosi. La cura iniziò col sanguisugio all' ano dietro la indicazione fattami dallo stato della circolazione addominale, e devo riferire come ad ogni applicazione del sanguisugio si verificasse notevole mutamento nelle condizioni del ventre: — diminuzione del meteorismo, della sensibilità e della dispepsia intestinale. Oggi la paziente è in condizioni di inatteso miglioramento; ma anche di recente essendosi notato stazionarietà nei sintomi sebbene si avesse fatto ricorso agli altri mezzi terapeutici, col ripetere la sottrazione sanguigna locale si diè nuovo impulso al movimento risolutivo che si raccomanda all' ufficio degli altri mezzi.

Io tengo per fermo che questi fatti clinici devono impressionare il patologo, in quanto che essi equivalgono ad un esperimento clinico che dimostra, *potersi dare nella scrofolosi addominale una condizione relativa alla circolazione portale, che influisce sopra l' andamento dei sintomi anatomici della scrofola e del pari sopra quella delle funzioni intestinali.*

I mezzi esterni vennero quasi affatto abbandonati nella cura della scrofolosi addominale; a dare il bando a questi rimedi spinsero due pensieri, amendue teorici: – che sieno intieramente inutili nella cura della diatesi scrofolosa; – che il dolore che accompagna la loro azione e le perdite

che procurano, danneggiano viemmaggiormente l'infermo, il quale più spesso febricita e più rapidamente s'affievolisce.

Di fronte a questi pensieri, affatto teorici, oppongo altri che mi detta l'esperienza: – *i mezzi rivulsivi nella scrofolosi addominale sono utilissimi; possono adoperarsi anche se l'infermo febricita; se recano essi stessi la febre o per avventura esacerbano la febre che già preesiste, non ne viene per ciò danno al paziente; le perdite che producono, non contribuiscono affatto al maggiore deperimento de' pazienti.*

Si comprende benissimo, che la pretesa di raccomandare ai soli mezzi esterni l'ufficio di correggere la diatesi scrofolosa è frutto di concepimenti teorici, che ora non ponno nemmeno essere discussi; – e così pure si comprende, che il dolore e le perdite che i rivulsivi producono, possono considerarsi da un punto di vista fisiologico da acquistare una vera importanza terapeutica.

Lasciamo la parola ai fatti.

Un giovane d'anni 18 calzolaio di Bassano veniva accolto nella mia Clinica nel dicembre del 1887 in uno stato di forte dimagramento successivo a sofferenze addominali di lunga durata: — dolori vaghi qua e là e ricorrenti diarree. Era pallidissimo; al collo portava alcune glandole ingrossate, al torace si notava ipofonesi a destra in alto e scarso il respiro. Il cuore un po' piccolo ma normale nella funzione. L'addome piuttosto tumido, dolente alla pressione in alcuni punti, ma sopra tutto alla regione iliaca destra, dove anche al palpeggiamento superficiale si avvertiva la presenza d'un tumore, immobile, di forma ovoidea. Nell'ambito dell'addome si percepivano

altre nodosità ma assai meno voluminose, toccando circa il volume della nociuola. — In vicinanza del tumore, alla regione iliaca, si osservava attraverso la pelle il succedersi dei movimenti peristaltici nell' ansa intestinale; pareva che l' intestino dovesse effettuare uno sforzo per liberarsi del contenuto. Era quivi che il dolore era più intenso: e praticandovi l' ascoltazione immediata s' aveva la percezione di movimento e di rumore di materie gazose e liquide che non si percepiva in nessun' altra località dell' addome. Questi fenomeni che notaronsi il primo giorno e ne' successivi si mantennero sempre identici e non si tolsero mai dalla loro sede, cagionando al paziente prima dolori che accompagnavano le contrazioni intestinali, e più tardi solo molesta sensazione ad ogni movimento peristaltico. – Era quasi sempre apiretico e due giorni prima che si usasse la frizione d' olio di croton, la temperatura era salita a 38. — Quando si manifestò l'eruzione cutanea dell' olio, la temperatura oscillò tra i 36,5 del mattino ed i 38,3 della sera. — Superato il periodo acuto della eruzione, la temperatura tornò allo stato normale. – Durante la seconda eruzione che si provocò, la temperatura si mantenne affatto normale. Dopo ciò rilevo dalla storia, che la prima volta che il paziente ebbe i 38 centigr., era in un periodo di esaccerbazione di fenomeni intestinali (dolori e diarrea); che questa coincidenza venne notata un' altra volta dopo che s' era da molto tempo sospeso l' uso del rivulsivo, perchè le condizioni morbose erano tanto migliorate che del tumore rimaneva appena una minima traccia, tutti i sintomi intestinali erano quasi scomparsi ed il paziente aveva incominciato a digerire meglio ed a nutrirsi.

Ricorderò che la cura non era certamente limitata all' applicazione de' rivulsivi cutanei; ma questi furono coadiuvati, come ho già detto in principio, dal bagno, dall' acqua salso-iodo-bromica di Abano (che devo dichiarare essere assai bene e forse assai meglio tollerata in simili casi dell'acqua salso-iodica di Sales), non che dalla dieta e da qualche altro espediente che mano mano la sintomatologia richiedeva.

Il paziente ora è a domicilio in condizioni soddisfacentissime: mangia, digerisce, si nutre; al petto sono scomparsi i pochi fenomeni che aveva; all' addome non rimane che la molestia delle contrazioni dell' ansa intestinale ch'era adiacente al tumore e che con tutta probabilità aderisce al colon per essudati di peritonite cronica secondaria non risolta.

Io avrò ancora occasione di discorrere dei rivulsivi, intorno ai quali si professarono e si professano opinioni che devo dichiarare assolutamente infondate. Il caso che ho ricordato, oltre gli altri, è notevole appunto per la diminuzione dei fenomeni morbosi che succedeva all' azione del rivulsivo. Anzi io dirò che per me è regola oramai fissata di ricorrere ad essi quante volte vedo la sintomatologia farsi stazionaria, precisamente come ho detto della sottrazione sanguigna all' ano. Dopo la rivulsione si torna al bagno, si ridanno le acque così dette solventi e se occorre, i diuretici; non si devono mai dimenticare le norme dietetiche, bisogna sorvegliare ogni altro momento fisiologico che si riconosce atto a contribuire alla sintomatologia, e così si procede sicuramente e si ottengono modificazioni progressivamente maggiori tanto nella località quanto nello stato generale.

Nella mia clinica ho fatto lunghe esperienze coi rivulsivi che io volli considerare, non come mezzi un dì raccomandati dai seguaci della medicina sostitutiva, ma quali modificatori fisiologici della sensibilità e per via riflessa delle attività vaso-motorie. Quello dunque che mi trasse a riprendere l'uso de' rivulsivi, fu in principio il desiderio di sperimentare e di apprezzare secondo le viste della moderna fisiologia la loro azione curativa.

Secondo me quando mercè la frizione coll' olio di croton sulla parete anteriore dell'addome ottengo l'eruzione caratteristica, determino nelle espansioni nervose della cute uno stato di eccitamento che non s'arresta a produrre il dolore cutaneo, ma, come altra eccitazione sensitiva, viene recata al centro dell'innervazione e quivi attraverso gli archi diastaltici viene trasformata la eccitazione motoria. Come vediamo modificarsi le funzioni vaso-motorie della cute per ragioni operanti nell'ambiente viscerale, così avviene quando si opera primitivamente sull'innervazione cutanea. Io devo ammettere – stando a' fatti clinici – che il sistema vaso-motore dell'addome, influito del dolore cutaneo, favorisca le correnti vascolari e quindi l'assorbimento e l'esportazione dei materiali che dimorano in grembo ai tessuti.

Rianimato lo scambio molecolare negli organi linfatici, deve naturalmente essere favorito il processo di risoluzione; ma non ancora sarebbero soddisfatte le indicazioni curative, se non si rendessero più attivi gli emuntori dell'organismo. Per questo io consiglio di accelerare la secrezione urinaria con mezzi opportuni e quando sia esaurito lo stadio acuto della eruzione, d'intraprendere la cura del bagno generale alcalino, di massaggiare la

cute durante e dopo il bagno, per accrescerne le funzioni secretorie, nel mentre che le stesse pratiche idroterapiche concorrono a mantenere viva la funzione vaso-motoria viscerale. A tutto questo aggiungendo il favore di una dieta appropriata, la quale sia costituita prevalentemente di sostanze azotate a seconda che si comportano le funzioni digerenti, si arriva a poco a poco a diminuire le produzioni linfatiche, a migliorare la crasi e la nutrizione generale, in fine a modificare l'ambiente interno e indirizzare in modo più fisiologico le funzioni tutte dell' organismo.

Intorno all' ufficio terapeutico esercitato dalla dieta discorrerò più lungamente in altra occasione. Così pure mi riservo di tornare sull' argomento della febre, perchè mi pare che anche questa possa considerarsi diversamente da quello che si usa in generale. Ora qui basta rilevare il concetto scientifico dai risultati dell' esperimento terapeutico, operato mercè i rivulsivi e i bagni e gli altri mezzi che favoriscono le secrezioni. Considerando adunque senza preconcetti gli esiti delle nostre pratiche terapeutiche, si vede, *che possiamo utilizzare dei rapporti di innervazione che esistono fra la parete cavitaria ed i visceri racchiusi nella cavità*; - *questi rapporti* sono, per usare frase classica, *impressionum sensoriarum in motorias reflexio*: cioè, *sono tali per cui la eccitazione infiammatoria cutanea provocata, fa luogo ad azioni motorie vasali e secretive, che giovano alla cura del processo morboso*; — *mediante il metodo curativo si possono indurre nell' ambiente degli organi affetti delle modificazioni che giovano a sospendere il processo della scrofolosi addominale.*

Ecco adunque il piano terapeutico che per mia espe-

rienza credo di dovere raccomandare nella malattia di cui si tratta:

1. La sottrazione sanguigna mercè del sanguisugio all'ano. - Questa si opera con due, con tre, con quattro sanguisughe a norma della età del paziente. Deve essere eziandio proporzionata alle indicazioni più o meno palesi che vengono date dalla circolazione venosa addominale esterna. Il sanguisugio deve premettersi agli altri rimedi e dovrà ripetersi ogni volta che si vede farsi stazionaria la sintomatologia ed il paziente ha mostrato avere vantaggio, o almeno non avere avuto danno (come a me è sempre avvenuto) dalla prima applicazione. Il tempo che ordinariamente decorre tra l'una e l'altra applicazione varia dai 15, ai 20 giorni e più a seconda dei casi. Gli effetti del sanguisugio possono manifestarsi anche un giorno, due giorni o più dopo la sua applicazione.

2. Dopo la sottrazione locale si deve praticare la frizione di croton sopra tutta la parete addominale, sia o non sia apiretico il paziente. Quanto più estesa, copiosa, viva sarà l'eruzione successiva, tanto maggiore sarà l'effetto terapeutico. Può essere la frizione di croton il primo passo della cura; tuttavia non sarà mai di nocumento il premettere il sanguisugio in ogni caso. A questo in ogni modo si dovrà ricorrere quando, iniziata la cura colla frizione, non se ne riscuoteranno effetti sufficienti. Questi dovranno essere cercati nel farsi il ventre più trattabile, nel diminuire le molestie addominali, nel benessere che prova il paziente, qualche volta nel farsi più copiose, migliori le urine.

Alcuni hanno ripugnanza a praticare e più a ripetere queste frizioni e si giustificano allegando che il paziente

ne soffre per l'una, o l'altra ragione; ma non occorre ascoltare i gusti dei pazienti, nè le inopportune pietà di quelli che li assistono. Bisogna agire.

3. Appena l'eruzione provocata mediante l'olio di croton ha superato lo stadio acuto e accenna ad essiccarsi, dovrà iniziarsi la cura balnearia; e si userà il bagno generale solforoso alla temperatura e della durata che saranno tollerate dai pazienti. Durante il bagno e dopo si massaggerà la pelle, impedendo squilibri di temperatura, affinchè si mantenga quella buona eccitazione cutanea che giova a regolarizzare la circolazione viscerale e ad accrescere le funzioni secretorie della cute. In luogo del bagno solforoso può farsi il bagno coi sali di Castrocaro, od anche quello semplicemente salato. Se non fosse tollerato sulle prime il bagno generale, può farsi il semicupio prima ed in seguito il bagno generale. Gli effetti della idroterapia sono locali e generali: – nell'addome precedono i miglioramenti, o si manifestano per la prima volta coll'uso del bagno; nel generale si palesano col benessere, colla diminuzione progressiva e cessazione della febbre se esiste, col mutarsi progressivo delle condizioni della cute; la quale diventa meno arida ed acquista tinta più normale se, come avviene in alcuni casi, alla secchezza unisce una colorazione più scuriccia, quasi bianco-sporca propria delle persone molto deperite nella nutrizione generale.

4. Fin dai promordi della cura deve essere imposta una dieta che in generale si dice ricostituente, ma che vuole essere appropriata alla costituzione individuale e alle condizioni dell'intestino. — La dieta è uno dei principali contribuenti alla cura dell'ambiente interno; però sia prudentemente roborante, costituita prevalentemente di

sostanze azotate, ricca di sali vegetali, meno ricca di amido, di feculenti, di acque. – Sarà, occorrendo, coadiuvata dalla pepsina, dagli amari. – Dovrà modificarsi per la quantità e la qualità secondo che si presenteranno le urine e le deiezioni alvine. Di alcuni particolari semeiotici in proposito più estesamente dirò altrove.

5. Agevoleremo l'ufficio curativo della dieta col modificare secondo i sintomi la funzione intestinale; però gioverà qualche volta sopprimere le fermentazioni anomale dell'intestino, i tormini, la diarrea, o la stitichezza. – Anzi terremo come massima generale utile l'applicazione dell'enteroclismo tratto tratto, perchè, se non v'è diarrea, evvi tendenza al torpore intestinale che per lo più passa inosservato ma che contrasta gli effetti della cura generale.

6. Si accelererà, occorrendo, la secrezione urinaria. Talvolta, avviata la cura, si vede spontaneamente aumentare le urine; altra volta aumentano quando si faccia uso o di ioduro di potassio, o di acqua salso - iodo - bromica di Abano, o di quella di Sales. Altra volta non aumentano: allora sarà conveniente l'uso di qualche diuretico tratto tratto.

7. L'impiego dell'acque minerali suindicate va fatto con prudenza e portato a dose sempre più elevata secondo la tolleranza degli individui. In qualche caso si vedrà evidente l'effetto diuretico, in qualche altro si constaterà l'intolleranza dell'intestino. Può sospendersene e riprendersene la somministrazione, perchè, migliorata la condizione intestinale, saranno rese più tollerate e proficue.

8. La cura ferruginosa non sarà fatta sin da principio, come generalmente si usa, se non nei casi nei quali man-

cano i sintomi di acuzie della malattia e ne' pazienti si nota una assoluta tolleranza. È meglio considerare i ferruginosi un complemento della dieta ricostituente da amministrarsi quando siano già bene avviati i fenomeni risolutivi della malattia. Del resto, se la dieta è bene preparata e bene digerita si vedrà il miglioramento della crasi e della nutrizione anche indipendentemente dai ferruginosi.

Questi precetti sono il risultato dell'esperienza sopra 50 casi, dei quali 34 della Clinica, 16 della pratica privata.

L'esame delle storie cliniche fa constare qualche altra circostanza relativa il decorso della malattia che merita speciale considerazione da parte del medico. – In alcuni casi la malattia addominale era associata a lesioni pleuriche, in altri a lesioni polmonali. Ciò non modifica affatto il piano curativo: può vedersi eguale procedere nel miglioramento delle condizioni toraciche e delle addominali. Se per altro le prime si pronunciassero con intensità pari alle seconde, o mentre queste accennano a migliorare, le altre rimanessero stazionarie, si dovrà estendere anche sul torace la energica cura rivulsiva. In generale l'associazione delle lesioni addominali colle toraciche reclama un tempo più lungo per la cura perchè non si può praticare contemporaneamente la rivulsione sulle due regioni senza accrescere le molestie dell'infermo e perchè le alterazioni toraciche, specie se trattasi di pleurite con essudato copioso, non può sempre essere prescritto il bagno generale, non essendo facilmente tollerato.

Fra i casi della clinica ricordo uno singolarissimo. Era la moglie d'un infermiere, la quale a domicilio aveva superata una pleurite essudativa che impiegò dei mesi a

risolversi. Convalescente veniva colta da certi dolori che localizzava alla base del torace sinistro — sede della pleurite pregressa – che la costringevano a tenersi curva del tronco, inclinandolo a sinistra. Denudata la paziente, si notò una leggiera curva della colonna vertebrale colla convessità a destra nella porzione dorsale inferiore. A sinistra delle apofisi spinose nel centro della curva si provocavano dolori alla pressione nel punto di emergenza de' nervi intercostali. L'esame plessico e stetoscopico del torace conduceva al giudizio di pleurite pregressa sulle traccie di lieve ipofonesi verso la base del polmone sinistro, non che della aumentata resistenza alla percussione e della scemata intensità del murmure vescicolare.

Durante l'esame si pensava che la pleurite cronica avesse portato non solo l'ispessimento della pleura costale, ma altresì una parapleurite o piuttosto una iperplasia del connettivo esterno alla pleura e la secondaria sofferenza dei nervi intercostali, poichè la parete toracica appariva secca, normale affatto e le coste del pari normali.

La paziente si preoccupava sopra tutto dei dolori al tronco, i quali talvolta si irradiavano in basso lungo l'arto inferiore sinistro. Ordinando alla donna di fare uno sforzo per erigere il tronco, si otteneva lo scopo in parte, perchè lo sforzo ulteriore era seguito da dolore alla colonna nel centro della curva (10 vertebra). Questo portava pure il sospetto che la lesione risiedesse nelle vertebre. Se non che la narrazione minuta del come si fossero presentati i fenomeni, fece conchiudere altrimenti e si ammise, che durante la pleurite, atteso la lunga dimora dell'essudato e la compressione polmonale, la paziente aveva assunto un portamento anormale — piegava il tronco a si-

nistra perchè si sentiva lassa su questo lato ed aveva così generata la mala abitudine a cui s'erano ultimamente congiunti i dolori suaccennati. Considerando poi che il polmone riacquistava la sua funzione e si espandeva sempre più, obligava a poco a poco il torace a riprendere la sua forma e capacità; e come avviene di altre parti dello scheletro che per forzata immobilità diventano inette a compiere il movimento naturale e per questo si addolorano, così si ammise che il dolore acuto che la paziente provava quando forzavasi ad erigere il tronco, provenisse dallo sforzo e che i dolori spontanei intercostali (9.° e 10.°) potessero anche provenire dalla cronica pleurite.

Si credeva di intraprendere la cura dei postumi della pleurite pregressa: ma esaminando altre parti si scoperse lesione ben più grave, della quale la paziente non dava indizio di sorta. — Il ventre era voluminoso, piuttosto flaccido (era decorso il parto, dopo il quale erasi subdolamente pronunciata la sintomatologia della pleurite). Palpeggiando la metà superiore dell'addome, profondamente si constatava una specie di grosso cordone indolente che si estendeva dall'ipocondrio sinistro al destro. A sinistra cominciava con una estremità tuberosa, poi impicciolìva alquanto; sotto al fegato ingrossava ancora, ma la mano non riusciva a fissarne i limiti con esattezza. In altre parti dell'addome non si riscontrava nessuna anomalia. Tornati all'esame del tumore si constatò la sua mobilità sotto la respirazione, la sua immobilità in ogni altro senso, la ineguaglianza della superficie, sopra cui si sentivano delle nodosità.

La paziente aveva l'impronta della convalescente di lunga malatia, era bene sviluppata in tutte le altre parti

dell'organismo, ma le parti molli tradivano la costituzione linfatica. Per qualche tempo si ripeterono gli esami non ommettendo quello delle urine, delle feccie; ma non si traeva efficace sussidio per la diagnosi della località. Le funzioni dell'intestino andavano migliorando ed il tumore rimaneva stazionario e indolente. Più tardi si fece dolente e parve anche tendesse ad aumentare; allora decisi intraprendere la cura dichiarando l'opinione che si trattasse di una *mesocolite scrofolosa cronica.* Mi dava poi alla cura come ad un processo sperimentale. L'ammalata venne curata nella clinica e come ambulante per due anni. Non mi dilungherò sulla cura per non ripetermi, devo però dichiarare, che si rimosse la stazionarietà dei sintomi coi mezzi rivulsivi e che solo dopo questi poterono essere adoperati utilmente gli altri. La donna guarì completamente, figliò ancora e si mantiene tuttora in perfetta salute.

Da questo singolare caso non solamente si dimostra la possibilità di affezioni scrofolose nell'addome, senza che sieno manifeste per sintomi speciali, ma si apprende che anche la estrema cronicità del processo morboso non deve scoraggiare, non deve indurre ad abbandonare il piano terapeutico.

II.

Sulla predisposizione alla tisichezza polmonale

Sommario. — Deve ammettersi una disposizione organica alla tisichezza polmonale; necessità di nuove ricerche in proposito. — Il sistema nervoso nei predisposti alla tisi polmonale. — Il sistema vascolare: 1. tipo morfologico del cuore dei tisici; 2. le arterie; 3. le vene; 4. i linfatici. — Importanza di constatare i rapporti che passano tra le diverse parti del grande sistema circolatorio. — L'ambiente del bacillo tubercolare. — La tisi polmonale devesi prevenire. — Che cosa dobbiamo attenderci dal prossimo Congresso di Parigi intorno all'argomento.

Ho trattato dell'argomento della tisichezza polmonale in altre occasioni, sopra diversi periodici e sotto diversi punti di vista; e l'argomento è tale che si impone ognora, sia per la novità degli studi eziologici, sia per le sempre nuove proposte curative, sia per la frequenza del morbo, che, tutto malgrado, continua a mietere vittime.

Le mie ricerche sono tutt'affatto cliniche ed hanno lo scopo *di riconoscere gli attributi morfologici di coloro che sono, o saranno affetti dalla tisichezza polmonale.* — È fuori dubbio la importanza della scoperta di Koch; ma io stimo non meno importante lo scoprire ciò che mi permetterò di dire, *la formola* del mezzo nel quale il bacillo arriva e trova elementi di vita, di sviluppo, di diffusione con grave detrimento dell'organismo.

Io ho sostenuta questa opinione sin dal 1882 in un lavoro di qualche lena, tutto basato sopra osservazioni che sono per me fondamento a credere, che i medici, attratti dal grande interesse del bacillo tubercolare, hanno perduto di vista il soggetto tubercoloso: — hanno sospesa l'osservazione del mezzo organico con danno dello scopo clinico e della stessa dottrina parassitaria.

In vero dal momento che fuori dell'organismo si trovarono tanto suscettibili i microbi di fronte alle diverse qualità del mezzo con cui vennero cimentati, ragion vuole che si indaghino anche le qualità del mezzo che i differenti organismi presentano, perchè è incontestabile che non tutti gli organismi oppongono le medesime resistenze, nè offrono le stesse suscettibilità. Ciò che si verifica negli animali di specie differente, che hanno differente recettività per gli agenti infettivi, si verifica, dice benissimo *Bouchard*, anche per individui della medesima specie, di cui non possono darsi gli umori chimicamente identici, atteso la diversa qualità dello scambio molecolare che incessantemente continua. Queste differenze chimiche, osserva il citato A., risultano dalle diverse proporzioni di albumina, di fibrina, di sali, di materie estrattive che si trovano nel sangue. Queste differenze, per quanto minime, costituiscono caratteri propri all'uomo sano e all'uomo ammalato e danno luogo a quelle numerose varianti chimiche rappresentate da un organismo infantile, o da un vecchio, da uno scrofoloso o da un uomo robusto, da un anemico, da un pletorico, da un diabetico, da un convalescente, da uno ridotto alla inedia ecc.

Queste considerazioni mettono innanzi a noi sotto il vero punto di vista razionale il problema delle *recettività*

morbose e spinge allo studio delle condizioni morfologiche degli organismi predestinati alla tisi polmonale; perchè l'ambiente dell'organismo, come quello di una parte dell'organismo medesimo, risulta dalle relative condizioni morfologiche.

Abbiamo veduto medici ed igienisti trattare il bacillo fuori dell'organismo in mille maniere, colle più differenti sostanze allo scopo di trovare quelle che potessero indicarsi come specifici mezzi curativi e per confermare la teoria infettiva della tisi tubercolare. Ma per quanto valore si conceda a simili ricerche, sono ancora inferiori alle giuste esigenze scientifiche; — sono in gran parte il portato di idee unilaterali; e molte non sono che meschini conati, cui seguirono delusioni sconfortanti sì nel campo delle teorie che in quello della pratica, perchè non si coordinarono per anco le ricerche sul bacillo con quelle che restano a farsi sull'organismo. Trovato il bacillo, non deve essere supremo sforzo degli studiosi quello di vedere in ogni fatto la conferma d'una teoria, ma quello di riconoscere estesamente i rapporti biologici del bacillo fuori e dentro l'organismo.

Le osservazioni che ho pubblicate nel 1882, hanno avuto da me ulteriore conferma, ed ora ne vengo ad esporre i risultati discorrendo della predisposizione morbosa, nella lusinga che a' miei colleghi non isfugga la importanza che hanno sotto un duplice aspetto considerati, aspetto clinico e aspetto storico.

Rispetto a quest'ultimo io posso dimostrare, che, preoccupato delle questioni inerenti alla disposizione morbosa, non mi sono limitato ad asserirla, come anche recentemente di asserirla s'accontentano altri scrittori,

(Brehmer, Orth, Winternitz, Dettweiler, Penzoldt ecc.), ma mi sono accinto a indagini che in parte confermano alcuni fatti già noti per clinica esperienza, ed in parte dimostrano altri fatti cui i principî fondamentali della biologia riconoscono e proclamano indubbiamente necessari allo studio fisiologico delle predisposizioni morbose.

Non riprodurrò in dettaglio le osservazioni già pubblicate e mi limiterò alle conclusioni, rimandando cui premesse avere notizia delle ricerche analatiche al mio libro sulla *Tisichezza polmonale* (Edit. Detken 1884).

Quando si considerano gli ammalati, di cui ora ci occupiamo, siamo colpiti da un fatto che si riferisce al grande apparecchio del sistema nervoso: — tutti, o quasi tutti hanno una maniera speciale di reagire agli stimoli esterni ed interni; tutte le loro attività psichiche e sensoriali, tutte le loro manifestazioni riflesse offrono caratteri speciali e vari. Conseguentemente mi è sembrato doversi classificare questi ammalati in tre grandi categorie:

a) *erettistici*
b) *torpidi*
c) *energici.*

I primi sono più frequenti dei secondi, e questi più frequenti dei terzi.

Sapendosi quanta importanza abbia il sistema nervoso, dovrebbe sembrare ozioso il dimostrare l'utilità di queste nozioni. Tuttavia giova stabilire, che le differenti attitudini del sistema nervoso improntano in modo conforme le funzioni dell'organismo atteggiandole maggiormente alle manifestazioni morbose, e nello stesso tempo concorre a dare alla malatia una espressione particolare sia per

il predominio sia per la mitezza od assenza di alcuni sintomi.

Là dove gli atti riflessi sono facili e numerosi, la sofferenza è maggiore. — Ad ogni concitazione cardiaca che succede alle vive emozioni; ad ogni eccitamento od orgasmo circolatorio che accompagna, o succede alla digestione; ad ogni fenomeno di alterazione vaso-motoria, che in modo diretto o riflesso ha luogo nell'ambito polmonale, l'organo, predisposto alla malatia, od ammalato, prova conseguenze dannose: — questi disturbi circolatorii provocano, intrattengono od accrescono fenomeni catarrali, che favoriscono lo sviluppo della malatia.

Tutto ciò che avviene in modo singolarmente manifesto negli individui erettistici, si osserva senza dubbio meno assai negli individui che appartengono alle altre categorie; tuttavia si osservano quanto basta per farci comprendere l'importanza del sistema nervoso nelle produzioni dei sintomi accessorii e nell'aggravamento dei sintomi fondamentali.

Abbiamo detto che per rispetto al sistema nervoso v'hanno distinti gli individui nelle tre categorie indicate. Per altro l'osservazione diligente ci persuade anche d'un altro fatto non meno importante: ed è, che gli erettistici, come i torpidi, come gli energici si danno come tipi nei quali la funzione dei nervi predomina coi caratteri dell'erettismo, del torpore e dell'energia; ma negli individui stessi che appartengono alle diverse categorie si possono incontrare fatti che dimostrano essere qualche parte dell'organismo servita da nervi che hanno caratteri funzionale differente dell'altre. Per es. si può osservare in alcuni erettistici una maggiore resistenza nella innervazione spi-

nale; in alcuni torpidi un parziale erettismo in questa o quella sezione dell'innervazione viscerale; in alcuni energici una particolare eccitabilità nella innervazione o stomacale, o cardiaca, o polmonale. La qual cosa insegna, che dopo avere constatato nel paziente la modalità generica funzionale della innervazione, bisogna informarci anche delle eventuali differenze che ponno darsi in questa o quella parte dell'organismo.

Da queste premesse derivano alcune norme utili alla pratica, che io raccomando a tutti coloro i quali desiderano avere vedute larghe per meglio conoscere l'ammalato e per meglio comprendere i fatti morbosi; ma ne dirò in apposito articolo. Qui mi limiterò a ricordare, che tra i disturbi della innervazione che possono determinare, o intrattenere iperemie gravi e, se non gravi, certo dannose nell'apparecchio respiratorio, devono annoverarsi gli atti riflessi che si effettuano nel dominio della innervazione viscerale. A cagione di questi atti riflessi si osserva p. es. aumentare i catarri, inasprirsi la tosse, dissestarsi la circolazione per anomalo funzionare del cuore in seguito a digestioni difficili e penose. Non citerò le iperemie polmonali, nè le emoftoe che possono determinarsi ad ogni ricorrenza mestruale; ma citerò altri fatti che ordinariamente passano inosservati e che ho potuto ripetutamente apprezzare nella loro efficienza dannosa sull'apparecchio respiratorio e che si riferiscono alle anomalie funzionali in genere dei visceri addominali.

Appena rammenterò la influenza della innervazione cerebrale sopra la innervazione vaso-motoria viscerale in genere e polmonale in ispecie. — E dopo tutto ciò credo sia da concludere, che negli individui ne' quali si hanno

predisposizioni morbose per la tisichezza polmonale, la funzione nervosa vi concorre in ragione che l'individuo possiede gli attributi dell'erettismo nervoso in tutto l'organismo, oppure in quelle parti che sogliono direttamente, o per via riflessa, influire sulla innervazione vaso-motrice polmonale.

Tutti questi pensieri, frutto di numerose osservazioni cliniche ed assai volte avvalorate dalla prova terapeutica, sono poi anche l'emanazione di fatti generali constatati e sanzionati dalla esperienza generale. In vero non è d'uopo dimostrare come vadano frequentemente insieme nervosismo e tisichezza polmonale, come nevrosici ed epilettici possono generare figli predisposti alla tisichezza polmonale. Però io credo avere servito alla scienza ed alla pratica istituendo le osservazioni che in queste pagine ho riassunte ed applicate allo studio dell'argomento che mi sono proposto. Altre cose possono dirsi applicando le nozioni esposte ai particolari fisiologici che i singoli individui ci presentano; ma ora devo arrestarmi alle cose esposte, le quali viemmeglio manifestano la loro opportunità, quando si comprenda, che devono entrare a far parte anche dalle norme profilattiche, mentre sinora di essa poco o puntò si è curato il patologo.

Nello studio de' miei ammalati ho rilevato da molto tempo la ineguaglianza di sviluppo del sistema circolatorio dei tisici.

Per procedere con un certo ordine dividerò questa materia in quattro parti, quindi parlerò anzi tutto del cuore, poscia delle arterie, delle vene, dei linfatici.

1.° **Il cuore**. Questo viscere fu sempre oggetto di studio nei tisici, secondo me, piuttosto dal punto di vista anatomo - patologico di quello che sotto l'aspetto veramente clinico. Molti autori che trattarono delle alterazioni del cuore nella tisi polmonale, portarono giudizi molto differenti e questo provenne precisamente dall'aver essi presa in considerazione l'una o l'altra delle modificazioni del cuore che si riscontrano sul cadavere. *Laennec*, con molta acutezza e vero indirizzo fisiologico, aveva ben altrimenti compreso questo importantissimo studio; e nella numerosa serie di casi che ha raccolto nella sua classica opera, ragiona del cuore qual è durante la vita e quale si trova dopo la morte. — In vero, se poniamo la necessaria diligenza per limitare esattamente l'area cardiaca sopra parecchi ammalati al cominciare della malatia, si trova che il cuore, *cæteris paribus*, presenta in ogni individuo differenze di sviluppo e di forma, che dirò differenze individuali.

Io sostengo, che le persone predisposte alla tisi polmonale hanno tutte un cuore speciale, che non hanno le persone con altre disposizioni morbose: — un cuore che presenta un vizio morfologico e di più qualche altra nota, più o meno manifesta, che deriva propriamente dalla individualità. Da ciò deriva, che il cuore nel cadavere dei tisici offre alterazioni che sono dipendenti dalla primitiva condizione morfologica, dalla influenza igienica nella quale visse il paziente e dalle influenze che spiegarono le condizioni morbose.

Questi pensieri si fondano, oltre che sulle mie osservazioni, anche sopra osservazioni precedenti che si trovano in *Rokitavisky*, in *Beneke, Traube, Brehmer*, apprezzate

convenientemente anche da *Winternitz*. In tutti questi autori si leggono fatti e pensieri che confermano la opinione circa le anomalie di forma del cuore nei tisici e circa le sproporzioni che esistono tra il cuore ed i polmoni.

Negli individui presi dalla malatia l'anamnesi ricorda le palpitazioni cardiache accusate all'epoca della pubertà ed anche dopo in alcuni casi. In molti individui, come lo stesso *Brehmer* osserva, avviene di constatare anomalie di forma e di funzione del cuore, sebbene non ne dieno alcun indizio nell'amnesi; e si può eziandio constatare ipoplasia del cuore e delle arterie, dilatazione del cuore, ipertrofia del sinistro ventricolo, insomma la varietà dell'anatomica struttura del centro circolatorio.

Ciò che ora viene asserito intorno al cuore nei tisici come nozione puramente scientifica non ancora applicata dalla comune dei medici, accresce l'ammirazione mia per lo spirito di osservazione di *Laennec*, al quale, come dissi, non erano sfuggite le alterazioni del cuore nella tisi polmonale, tanto in vita quanto in morte. — In fatti alla Oss.e 19.a alla diagnosi dell'affezione polmonale fa seguire: *leggera dilatazione dei ventricoli del cuore*; e all'autossia nota, che *le pareti dei ventricoli rispetto al volume del cuore erano tenuissime.* Alla Oss.e 20.a rileva che *il cuore era di grosso volume ma ben proporzionato*; e all'autossia *il cuore un terzo più grosso del normale.* Alla 21.a Oss.e si occupa specialmente del cuore per concludere che *non offre alcuna lesione.* Alla Oss.e 31.a annotava che *il ventricolo destro era dilatato con pareti assottigliate, mentre il ventricolo sinistro le aveva di spessore superiore del normale* - *Laennec* con questi elementi poteva aggiun-

gere all' opera sua un prezioso paragrafo sulle alterazioni del cuore nella tisi polmonale. — *Peter* molto tempo dopo, quando l' argomento era stato messo in discussione, nelle sue *Lezioni* tratta delle malatie del cuore della tubercolosi per discuterne la incompatibilità, ma troppo preoccupato della tesi in senso dottrinale più che tutto, non si accorge dei fatti che si riferiscono alla morfologia del cuore ne' rapporti colla malatia. Del resto nessuno de' clinici moderni ha fermato l' osservazione sopra l' argomento che è di tanta importanza: lo stesso *Lacunee* mi suggerisce un pensiero in proposito: — *nelle scienze naturali quando non si dirige segnatamente l' attenzione sopra un oggetto, si può vederlo ogni giorno senza conoscerlo.*

Per tutto ciò io sono persuaso e la osservazione m'ha convinto, essere necessario conoscere il più esattamente possibile lo sviluppo del cuore per comprendere uno dei fattori della disposizione morbosa; perchè da ciò che è morfologicamente il cuore, dipende la sua funzione, dipende la irrigazione sanguigna nell' arterie e nelle vene; perchè da una sproporzionata pressione nelle vie circolatorie arteriose e venose dipendono pure e la nutrizione e l'assorbimento e la circolazione linfatica. La conoscenza esatta del cuore ci fornisce dunque delle nozioni esatte sulla circolazione in generale e specialmente sulla circolazione polmonale; dove, in ragione che si trovano essere rapporti idraulici di una maniera, o di un' altra, concorrono a mio avviso, a creare l' ambiente favorevole, o sfavorevole, allo sviluppo della malatia.

Per effettuare le ricerche sul cuore che io propongo,

occorre un metodo per l'esame che corrisponda allo scopo: — un metodo che faccia conoscere colla maggiore sicurezza possibile lo stato morfologico del cuore dell'individuo. Ma per non divagare dal principale argomento, mi occuperò del metodo richiesto espressamente in un altro articolo.

Dopo molti anni di assidua osservazione sul cuore dei tisici posso stabilire quanto segue:

1. che il cuore è sufficientemente proporzionato negli individui a tipo energico.

2. che il ventricolo sinistro è più piccolo del destro negli individui a tipo torpido, non che in quelli a tipo erettistico potendo essere in questi più che in quelli più spiccata la sproporzione;

3. che il cuore è assolutamente più piccolo in individui erettistici nella proporzione del 6 %;

4. il cuore sinistro è relativamente ed assolutamente maggiore in individui erettistici nella proporzione del 7½ %.

Considerando tutto ciò possiamo rilevare il tipo speciale del cuore nei tisici dicendo:

a) *nella grande maggioranza si ha il cuore relativamente piccolo, fatto le debite proporzioni, bene s' intende, tra il cuore e l'organismo intero;*

b) *quando il cuore è relativamente piccolo e quando complessivamente considerato sembrerebbe normale, v' ha sempre una sproporzione tra lo sviluppo del ventricolo sinistro e quello del destro: quest' ultimo è più ampio.*

Si può dire dunque, che il cuore dei predisposti alla tisi è in generale caratterizzato da questo, che il suo ventricolo sinistro è relativamente e assolutamente più pic-

colo. Le varietà morfologiche individuali sono poi prodotte dalle diverse proporzioni con cui si associano altri momenti anatomici e fisiologici, che sono: lo spessore maggiore, o minore, delle pareti; l'ampiezza maggiore, o minore, delle singole cavità; la diversa energia del sistema nervoso. E qui cade in acconcio rammentare quanto dicemmo a proposito del sistema nervoso negli individui che consideriamo.

Tutto induce a credere, che queste condizioni speciali del cuore nei predisposti alla tisi polmonale sono dovute ad uno sviluppo anormale del cuore. In conseguenza di quest'anormale sviluppo il ventricolo sinistro compie in modo inadeguato la sua funzione; ne deriva maggiore pressione idraulica nel dominio vàscolare che dalle vie polmonali affluisce al ventricolo sinistro, conseguentemente prima nel polmone, poi nel cuor destro, che per questo ingrandisce oltre il normale.

Anche limitandoci a considerare questi fatti idraulici solo nei polmoni, non ci può sfuggire la loro importanza sopra tutto se prendiamo ad esaminare le cose al loro punto di partenza — ne' primordi della evoluzione dell'organismo — quando principiano a stabilirsi i rapporti funzionali della vita extrauterina, i quali fanno sentire la loro influenza sulla funzione respiratoria e sulla circolazione linfatica, determinando un ambiente speciale dove, quasi direi, naturalmente sviluppasi il processo che mena alla tisi polmonale.

Acquistata così la nozione del tipo morfologico del cuore speciale ai predisposti alla tisichezza, non abbiamo che da imaginare tutti i casi nei quali occorre riflettere al più ed al meno dello sviluppo del miacardio, al più ed al

meno della massa sanguigna circolante, al più ed al meno d'influenza nervosa sul cuore, alle diverse condizioni igieniche degli individui ecc. per comprendere tutti gli altri fattori della predisposizione morbosa che vogliamo conoscere.

Ed arrivati a questi concetti si comprenderà la grande importanza della profilassi: non di quella profilassi ingenua quanto inutile che si pratica coll'uso di medicamenti antichi e moderni, lorchè si sorprendono i primi momenti del processo morboso; ma di quella profilassi che tende a coreggere il vizio morfologico originale quando l'organismo, tenero ancora, può sentire i vantaggi della igiene atto a modificare l'indirizzo della sua evoluzione.

II.° **Le arterie.** — Queste sono in rapporto, quanto al loro sviluppo, collo sviluppo del cuore e più precisamente con quello dal ventricolo sinistro.

Se si confrontano le arterie di individui del medesimo sesso, della medesima taglia, della stessa età, dello stesso genere di vita si constaterà diverso grado di sviluppo delle arterie accessibili all'esame diretto se vi avranno diverse costituzioni, diverse predisposizioni morbose. Ripetendo assiduamente questo esame comparativo e mettendo i risultati dell'esame in rapporto collo sviluppo del cuore e dell'organismo si arriva ad acquistare la capacità a giudicare dello sviluppo delle arterie. In fine notando le concidenze che s'incontrano dei differenti gradi di sviluppo delle arterie colle più manifeste disposizioni morbose e colle stesse malatie già in atto, giungeremo a constatare:

1. che gli individui predisposti alla tisichezza polmonale in generale hanno le arterie più piccole;

2. che lo sviluppo insufficiente delle arterie sta in rapporti diretti coll'insufficiente sviluppo del cuore e del torace;

3. che talora le arterie delle membra superiori sono meno sviluppate di quelle delle inferiori; e che le stesse proporzioni s'incontrano nelle masse muscolari.

Ho pure notato, che in due individui i quali hanno p. es. le arterie egualmente piccole, il polso può essere differente secondo la qualità dell'impulso. Ciò sta in rapporto naturale colla differente energia funzionale del cuore — vale a dire col più, o meno, di spessore della parete ventricolare sinistra, colla crasi del sangue e coll'eccitabilità nervosa. Le curve cardiografiche e sfigmografiche confermano queste osservazioni e suggellano il concetto della varietà individuale.

A me sembra, che la constatazione di questi fatti relativi al cuore ed alle arterie periferiche renda probabile il giudizio durante la vita sopra un altro fatto — lo sviluppo deficiente dell'aorta. E questo giudizio acquista per me il grado di certezza, perchè quante volte ebbi occasione — e l'occasione l'ebbi frequente — di esaminare sul cadavere lo sviluppo dell'aorta negli individui in questione, questa risultò sempre più piccola del normale. Del resto molte osservazioni di insigni anatomisti concorrono a confermare il fatto.

Se l'insufficiente sviluppo del ventricolo sinistro ci fa comprendere la possibilità di una bassa pressione arteriosa, ora, esaminando le arterie, vediamo una conseguenza di questo fatto relativo all'emodinamica e comprendiamo perchè in ultimo debba risultare una scarsa irrigazione arteriosa negli organi.

Non si concluda ancora, chè non intendo risieda solo

in questo che ho esposto, il fatto principale che costituisce la predisposizione morbosa alla tisi polmonale. Occorrono alcuni altri elementi. In vero, non tutti quei che hanno le arterie piccole, sono fatalmente predestinati alla tisi polmonale; tuttavia può sostenersi, che tutti quelli che ne vengono affetti hanno le arterie meno sviluppate.

Si obbietta, che quando la massa sanguigna è diminuita per qualsivoglia causa patologica, il vaso arterioso necessariamente si coarta per legge fisiologica, la quale fa sì che il continente vascolare si adatti al contenuto. (*H. V. Hösslin.* - Vedi Arbeit. aus. d. patholog. Instit. z. München V. Böllinger 1886). Ma se questa obbiezione ha una apparenza di verità, quando si considerano i risultati delle misurazioni dei vasi sui cadaveri di individui emaciati, esangui; si dimostra piuttosto speciosa quando — come avviene nel caso nostro — si tratta d'individui predisposti alla tisi polmonale, vale a dire quando le alterazioni nutritive e discrasiche non si sono ancora manifestate. Del resto quello che a noi preme far constare, non è ciò che direbbesi ipoplasia del sistema vascolare in generale, ma la sproporzione nello sviluppo di alcune parti del sistema vascolare messe in confronto con altre: e precisamente lo sviluppo dell'aorta con quello della polmonale. Ed in proposito posso affermare, che nei casi da me osservati espressamente fu constatata una assoluta e relativa strettezza dell'aorta rispetto alla polmonale. Quanto poi alle arterie gioverà sapere, che se si sottopongono all'esame nostro dal principio della malatia, sino ai periodi i più avanzati, si constateranno dei segni sicuri della loro strettezza e della progressiva diminuzione del loro calibro. E se questo fatto è dovuto alla diminuzione della massa

sanguigna, non esclude per nulla che il sistema arterioso sia originariamente meno sviluppato di quelli di altri individui dotati di un' altra costituzione.

Potremo incontrare individui nei quali il giudizio nostro rimarrà incerto, perchè non abbiamo un tipo unico, uniforme nel difetto di sviluppo delle arterie in quelli che sono predisposti alla tisi polmonale; ma se anche in questi casi noi troviamo l'opportunità di istituire confronti colle arterie di altri individui diversamente organizzati, aventi altre predisposizioni morbose, ci convinceremo sempre della realtà del fatto relativo allo sviluppo del sistema vascolare.

Per tutto ciò io non solo riconosco la grande importanza delle osservazioni che Virchow nel 1872 ha fatte sulla strettezza dell'aorta nella clorosi con affezione dell'endocardio e dell'intima dei vasi; ma devo ammettere, che queste condizioni morfologiche del sistema vascolare ponno di frequente riscontrarsi; che v'hanno casi nei quali oltre il fatto capitale della sproporzione tra l' aorta e la polmonale, si trovano in questa lesioni ateromatose che non sono in quella e che con tutta probabilità si devono attribuire all' eccesso della pressione sanguigna; che questi rapporti vascolari, unitamente alle circostanze notate nel cuore e nella innervazione, costituiscono elementi fisiologici atti a mantenere nel polmone uno stato di cose che è ben diverso da quello che avrebbesi se e cuore e arteria aorta e arteria polmonale stessero tra loro in rapporti morfologici e funzionali equamente proporzionati.

III.° **Le vene.** — Ancora meglio scopriremo gli effetti delle circostanze anatomiche suindicate esaminando

il modo di comportarsi delle vene. — Se osserviamo con attenzione più individui per conoscere lo sviluppo delle vene superficiali del corpo, arriveremo facilmente a stabilire i fatti seguenti:

1. In alcuni individui si hanno più numerose le vene, oppure le vene più voluminose.

2. In altri ciò non si osserva; ma si osserva una colorazione bleuastra sottocutanea, specialmente nelle regioni che fanno da parete alle cavità viscerali, dove risiede la predisposizione morbosa: – nel caso nostro il torace.

Tra i primi figurano specialmente individui torpidi; – tra i secondi gli erettistici predominano. I primi sono più ricchi di parti molli dei secondi; – in quelli predominano i fenomeni catarrali, in questi invece i fenomeni irritativi.

In ambedue i casi abbiamo individui sottoposti alla influenza del cuore sinistro piccolo, delle arterie ristrette. – Questo il fondo del quadro uniforme per tutti, solo si danno varietà individuali come più sopra ho indicato.

Ciò che ho detto intorno allo sviluppo delle vene, apparisce anche nel modo differente di comportarsi dei visceri. – In vero, se paragoniamo gli organi viscerali appartenenti a cadaveri di tisici che rappresentano i due ordini di fatti stabiliti circa lo sviluppo delle vene, vedremo in generale predominare le stasi venose nel cadavere degli individui a tipo torpido, mentre scarseggeranno relativamente negli individui erettistici; l'esame comparativo dell'aorta e della polmonale e della cava ascendente, dimostrerà nei torpidi un maggiore sviluppo dei grandi vasi venosi; negli erettistici una relativa, od as-

soluta, strettezza dell'aorta; nei torpidi il fegato voluminoso e congesto e conseguentemente uno stato idraulico uniforme in tutti gli organi che di norma sono influiti dalla circolazione della aorta e della cava ascendente.

IV.° **Il sistema linfatico**. — A conferma di quanto ho esposto, sta bene ricordare, che negli individui predisposti alla tisi polmonale vi ha sempre un predominio di elementi linfatici. – I rapporti costanti tra la piccolezza delle arterie, il più grande sviluppo delle vene ed il predominio degli elementi linfatici in generale sono manifestazioni necessarie d'una legge morfologica.

L'empirismo clinico aveva da molto tempo riconosciuto la importanza del predominio degli elementi linfatici; e le ricerche morfologiche moderne concretano la dottrina della diatesi linfatica e scrofolosa, e quasi dimostrano la sua necessità come risultante di una determinata associazione di parti anatomiche e come precedente che predispone ad alcune forme morbose.

Il predominio degli elementi linfatici si palesa con indizi che sarebbe ozioso enumerare; solo io voglio accennare, che secondo gli ammaestramenti della patologia generale medica e chirurgica, non si devono ammettere individui di costituzione linfatica considerati solo nel loro insieme; ma si devono riconoscere parti d'un organismo, che rispetto ad altre hanno questo speciale attributo che consiste nel prevalere dell'elemento linfatico nella loro struttura; e queste parti ora possono essere i polmoni, ora il mesenterio, ora l'intestino ecc. Il che spiega, come non rare volte occorra di vedere persone, che all'aspetto e ad altri caratteri generali si direbbero robuste e sane, quando in-

vece in una località hanno il luogo di minore resistenza che, presto, o tardi, diventa sede di manifestazioni schiettamente scrofolose, o tubercolari.

Nella varietà de' rapporti morfologici che s' incontrano nei differenti individui, bisogna indagare la ragione delle diverse manifestazioni cliniche della malatia. Ora aggiungiamo, che anche il modo con cui si origina la malatia, ed anche per cui si organizza la disposizione morbosa, non può essere identico in tutti i casi.

Io ho parlato sopra tutto della tisichezza polmonale; ma si comprende, che se noi parlassimo delle scrofolosi delle sierose, p. es., o di altri organi, noi dovremmo ammettere in questi le medesime condizioni morfologiche, delle quali abbiamo fin qui discorso.

Riassumendo quivi tutto ciò che ho esposto intorno al grande sistema circolatorio, posso riprodurre quanto già ho pubblicato prima d' ora e che costituisce per me un legittimo portato della stessa esperienza, perchè è fondamento a norme di profilassi ed a precetti terapeutici come avrò occasione di dimostrare altrove.

1. I rapporti morfologici congeniti e confermati durante lo sviluppo dell' individuo, determinano una disposizione particolare alla tisi polmonale.

2. Questi rapporti morfologici sono: – predominio degli elementi linfatici come fatto fondamentale; i quali elementi linfatici si modificano secondo che nel tempo stesso viene ad essere il sistema venoso prevalente sul sistema arterioso; i quali elementi linfatici sono la causa per cui il materiale interstiziale ai tessuti non ha la costituzione chimica necessaria per la migliore nutrizione e la maggiore resistenza degli elementi.

3. I surricordati rapporti morfologici, dati dalla primitiva organizzazione, possono essere aumentati, o diminuiti, o possono anche venire soppressi durante l'evoluzione embrionale ed estrauterina, a seconda si sviluppano il cuore e le arterie.

4. In tutti i casi queste sproporzioni nelle differenti parti del sistema circolatorio e quindi negli intimi atti della funzione nutritiva possono manifestarsi o in tutto l'organismo, od in qualche organo, e ciò spiega la varietà delle forme cliniche, la varietà della sede in cui si stabilisce la malatia.

5. Dallo studio di questi rapporti morfologici passando a quello di casi di tubercolosi polmonale che sogliono presentarsi come conseguenza di gravi esaurimenti dell'organismo, si comprende facilmente la loro patogenesi, riflettendo al venir meno della nutrizione e della funzione del cuore, alla conseguente iscemia relativa delle arterie ed alla modificata costituzione dei liquidi interstiziali.

L'ambiente. Affinchè la malatia possa svilupparsi, stando alla dottrina parassitaria, occorre l'intervento del bacillo; ma questo, come è naturale, non potrà vivere, moltiplicarsi e diffondersi, se non troverà nell'organismo l'ambiente favorevole. — In che consiste adunque questo ambiente? — Coerentemente alle premesse pare si possa rispondere così: — esso consiste in particolari condizioni chimiche degli umori interstiziali, che sono i materiali del ricambio molecolare, e sono il prodotto della attività degli elementi istologici predominanti.

Noi siamo arrivati ad un punto dove – bisogna confessarlo – l'indagine ulteriore non può farsi utilmente che

dalla chimica organica. È vero che è tanto intimo il rapporto che passa tra la funzione degli elementi istologici ed il liquido interstiziale, che, volendo sottilizzare, potrebbesi chiedere, se non si dovesse invece andare oltre e cercare nella intima struttura degli elementi istologici gli indizi morfologici che segnalano certe modificazioni del protoplasma le quali dovrebbero essere la ragione delle alterate funzioni degli elementi.... Ma è inutile volare nelle nubi. Io credo che il fatto che si può ammettere con serietà e sicurezza si riduce a quello che ho più sopra accennato; e perchè possano le mie parole essere nel senso che ho concepito comprese e apprezzate, aggiungerò, che quando alludo a predominio di elementi linfatici, non mi arresto al sistema delle glandole propriamente dette linfatiche; ma abbraccio più estesamente tutti i tessuti elementari che stanno coi linfatici nel più diritto rapporto morfologico e funzionale. Quindi alludo alle espansioni dei linfatici ne' tessuti, ed ai connettivi che si trovano colla circolazione linfatica in stretto rapporto; che nei casi considerati costituisce l'ambiente particolare, entro il quale, penetrato il bacillo, si verificherebbe la irritazione linfatica e l'organizzazione del tubercolo.

In fondo questi concetti che emanano dalla osservazione clinica, che hanno tanta corrispondenza colle ricerche istologiche, non mirano ad altro se non che a richiamare l'attenzione dei medici all'organismo prima che cada in preda alla malatia, perchè stimo che questo abbia una notevole importanza, tanto dal lato della igiene, quanto dal lato della cura.

Le teorie, si sa bene, mutano continuamente; e come io non sono sicuro che certe idee sulla patogenesi della

tisichezza polmonale, che oggi passano quasi senza discussione, rimarranno, così parmi che al clinico convenga mettere innanzi anche le proprie osservazioni fatte, se si vuole, dietro l'indirizzo della teoria dominante, ma insieme con vedute che armonizzano coi principî generali della organizzazione. Cambieranno le idee sul bacillo della tubercolosi e, senza ch'io mi perda a citare nomi e fatti che vanno moltiplicandosi sui giornali e le riviste sintetiche, si sa che non siamo tutti d'accordo sulla questione fondamentale della genesi del tubercolo; epperò non devesi interrompere la ricerca dei fatti clinici che stanno in rapporto colla speciale organizzazione dei corpi, nè si devono tenere in non cale quelle coincidenze, le quali, se non valgono a stabilire rapporti scientifici positivi, certamente avviano l'occhio e la mente ad apprezzare più lati della medesima questione.

Poniamoci innanzi a più casi di tisi polmonale e seguiamoli dal loro principio fino alle ultime fasi; ed egualmente osserviamo ciò che avviene in altri individui, che sieno giunti attraverso anni a sottrarsi alla conseguenza della malatia ed anche alla malatia stessa. Ecco a quali importanti risultati noi arriveremo. – Vedremo alcuni progredire dal male al peggio; e sono quelli le cui condizioni morfologiche presentano più chiaro e completo il quadro che ho più sopra sbozzato. – Altri rimarranno stazionari per un certo tempo, e le ricordate condizioni morfologiche saranno molto meno accentuate. — Quelli che guariranno perfettamente, presenteranno il fenomeno d'una vera trasformazione dell'organismo con un mutamento nella stessa morbilità.

Ordinariamente dicesi di questi ultimi che la nutri-

zione loro si è migliorata; ma il fatto importante per cui la nutrizione ha potuto migliorare, consiste nel cambiamento dei rapporti intervenuti nelle diverse parti del sistema circolatorio, quindi nelle mutate relazioni funzionali dei diversi apparati organici - quindi nell'*ambiente*. Le stesse cose a tanto maggior diritto ammetteremo negli individui ne' quali la predisposizione alla tisi polmonale è scomparsa dopo una certa serie di anni.

Si vuole generalmente mutare l'ambiente interno colla cura dietetica; e questa in tesi generale giova, anzi è uno dei mezzi terapeutici più valevoli di cui possiamo disporre. — Ma anche in proposito che cosa dice l'esperienza? — Che in alcuni casi sebbene non si avesse a lamentare la dieta lauta nemmeno prima che originasse la malatia, pure gli individui la contraggono fatalmente; e sono coloro che non possono profittare della dieta la più studiata ed eletta, perchè le condizioni organiche a cui alludo principalmente, non si modificano: forse, non tenendosi conto di esse quanto occorre, non si cerca di modificarle; — che in altri casi nei quali si appresta una dieta sufficiente e a tempo, questa arriva allo scopo cui aspiriamo; ma si tratta di individui le cui condizioni morfologiche sono meno accentuate che nei precedenti, e nei quali può essere utilizzata la dieta a modificare l'ambiente, quindi la nutrizione generale, quindi a migliorare le funzioni e dei nervi e del cuore, quindi a favorire una buona irrorazione arteriosa e in fine a permettere oltre la cura dietetica tutte le altre che concorrono alla igiene dell'individuo e a modificare la evoluzione dell'organismo. - E nei casi nei quali ci parrebbe che, mutata la dieta, e si cambi il processo nutritivo e si

allontanino le probabilità della malatia, si può essere certi che i vantaggi della dieta sono facili a determinarsi perchè per buona ventura si tratta di organismi che già si trovano avviati alla trasformazione.

Consideriamo in fine un'altra serie di fatti non meno importanti. – Tra gli individui che in luogo di soccombere alla malatia sopravvivono, si possono distinguere quelli che tuttavia rimangono in uno stato di cronicità o di valetudinarietà perpetua – la malatia non va oltre le prime fasi, ma è quasi allo stato di latenza; tratto tratto vi hanno minaccie; l'individuo può arrivare anche alla vecchiaia e porta con sè indelebile impronta de' suoi malanni; — quegli altri, passate le prime burrasche, a poco a poco si rifanno nella nutrizione generale, scompaiono gradatamente le traccie della lesione polmonale e a seconda dei casi, ingrassano, si fanno ventrosi, emorroidari ecc., insomma non hanno più gli attributi morfologici primitivi.

Tutto questo forza il clinico a meditare seriamente sulla disposizione morbosa, a riconoscerne i fattori principali ed a concepire adeguate idee profilattiche e terapeutiche le quali abbiano la fortuna di tornare più efficaci di quelle finora seguite. E poichè in questo articolo mi sono specialmente occupato della disposizione morbosa, così, conforme alle idee esposte, dirò, che quanto alla profilassi sarebbe tempo che si cambiasse indirizzo: — si stabilisse la massima che la profilassi non va applicata quando già si fanno sentire i primi sintomi della malatia; ma prima ancora, quando l'esame de' pazienti apparentemente sani lasciano qualche sospetto intorno al loro avvenire, e quando per non essere ancora ammalati nel vero

senso della parola, possono prestarsi per quelle pratiche le quali non sono indicate sempre se la malatia ha messo radici, e dalle quali è da attendersi la principale influenza, quella di contribuire alla trasformazione dell' organismo.

Lo studio della disposizione morbosa mi fa pensare che, rispetto alla tisi polmonale, perde autorità il *principiis obsta*; alla quale sentenza sostituisco: *bisogna prevenire*. - Certamente bisogna prevenire, ed a questo scopo è mestieri invocare l' intervento della igiene, che non applicherà sistematicamente i suoi precetti generali, ma vorrà stabilire norme speciali a seconda della età e delle condizioni morfologiche degli individui. - Mettiamoci pure alla stregua della dottrina parassitaria, ed i concetti nostri si aggiusteranno egualmente alle esigenze eziologiche *Sterilizziamo* l' individuo (mi si passi la frase) non coi rimedi che sinora non hanno dato risultati certi, costanti, sì bene colla metodica applicazione d' una igiene individuale, mercè cui si giunga a trasformare l' ambiente dell' organismo.

Io vorrei che quanto prima mi si indicasse un rimedio, od un metodo curativo, che soddisfacesse, non solo alla teoria parassitaria, ma alla esigenza clinica, e sarei felicissimo; non ancora però cesserei dal ripetere, che la malatia deve prevenirsi con mezzi suggeriti dalla conoscenza delle leggi della organizzazione e della evoluzione degli organismi.

Si sono fatti dei tentativi sperimentali per intavolare una nuova questione che riguarda direttamente l' igiene, lo scopo delle mie ultime parole: — alludo alle inoculazioni preventive di virus tubercolare. Ma per discorrerne

in questa occasione uscirei dal mio campo, essendomi proposto di attenermi specialmente a ciò che può essere discusso con argomenti tratti dalla osservazione clinica. Tuttavia mi permetterò solo di osservare, che se anche si arrivasse a tentare la inoculazione a scopo preventivo, o meglio a praticarla come mezzo preventivo sicuro, giovrebbero pur sempre le pratiche della igiene suggerita dalle ricerche ed allo scopo che ho indicato.

Fu detto da *Gueneau de Mussy*, se non erro, che lo studio della tubercolosi va congiunto con quello della degenerazione della razza. Io non dubito che il prossimo congresso che avrà luogo a Parigi sul gravissimo argomento, non abbia a dimostrare questa grande verità, se le tesi che io vedo proposte nel programma, verranno, come io credo, discusse secondo i principî della evoluzione, applicati all'antropologia ed alla dottrina della morbilità. Le statistiche faranno constare nuovamente lo spesseggiare della scrofola e della tisi fra i negri della Giamaica, della Dominica, della Guiana, del Ceylan, del Gibraltar; ma insieme si mostrerà come al Perù, dove in confronto degli Indiani sono gli Spagnoli assai più flagellati dalla tisi, perchè figli d'antiche famiglie ereditariamente degenerati dalla mollezza della vita. S'indicherà la razza gialla come poco disposta alla tisi; ma si farà eccezione del giaponese che frequentemente va alla tisi cominciando ad infermare colle peritoniti e le pleuriti essudative. Verranno segnalati sopra tutto gli abitanti della Polinesia che danno un grande contributo alla scrofola e alla tisi, causa principale per cui si pronostica la scomparsa della razza. Si dirà che l'uomo della Polinesia

muore di tisi perchè la malatia è contagiosa e noi Europei ve l'abbiamo importata. Ma se muore di tisi sulla sua terra, che per la mitezza del clima, per la flora e la fauna e tutto dà idea dell' *Eden*, muore anche lontano da essa. Un fatto analogo a quelli della Polinesia ci offrono gli indiani d'America, i quali vanno scomparendo perchè scema in loro la capacità della riproduzione.

Se ci avviciniamo a questi fatti coi criteri delle moderne dottrine sulla evoluzione dell'essere umano, bisogna riconoscere che le cause sociali hanno grande influenza nel modificare le morbilità, perchè per esse si modificano gli individui, e che in questi - qualunque sia la razza cui appartengono - devono darsi condizioni organiche eguali che predispongono ad eguali malatie.

Se al Congresso di Parigi dalla natura dei fatti si assorgerà ai principî della organizzazione individuale, si dimostrerà, che la igiene deve proporsi un duplice scopo — l'uno sociale, l'altro individuale correggendo così la sentenza di *Pidoux:* il quale disse, che il rimedio della tisi non si trova nella medicina individuale, ma nella medicina sociale; mentre si devono adoperare rimedi della medicina sociale e della medicina individuale. - Sono convinto che l'ultime parole del Congresso saranno il programma per lo studio della disposizione nel senso che mi sono proposto.

III.

Alcune generalità sulle malatie organiche del cuore.

Sommario. — Riassunto delle osservazioni. — Deduzioni: 1.° gli stessi vizi cardiaci durante le loro fasi presentano sintomi secondari differenti; 2.° queste differenze sintomatiche alludono a fatti anatomici relativi alla organizzazione individuale. — Diversa conformazione del cuore in seguito a vizi dello stesso genere: sue probabili cause. — Degli edemi che si presentano e restano sempre nel dominio della cava inferiore. — Differenza da farsi tra gli edemi meccanici ed i discrasici; avvertenze terapeutiche. — Dell'intervento del sistema nervoso nella genesi degli edemi meccanici; indicazione terapeutica. — Dell'*asistolia*. — Del trattamento dietetico. — Del trattamento ginnastico.

Sebbene non apparisca il nesso logico tra l'argomento che sto per svolgere ed il precedente, pure, come si vedrà a suo tempo, sono proprio guidato da un filo di idee tutte seguenti. perchè sono le idee precise che vennero a me presentandosi, quando arrivai a indagini cliniche, le quali nei fatti che ho esposto e che esporrò, hanno avuto origine: — indagini delle quali non posso quivi occuparmi, ma che saranno argomento di speciale trattazione.

Nello studio delle malatie di cuore fui condotto dalla natura stessa delle cose dal semplice al composto, dalle indagini sul cuore alterato a quelle sul complesso organismo dei cardiaci, dai fenomeni dell'alterata idraulica

del cardiaco a quelli che possono incontrarsi anche in altri organismi e venne così mano mano afferrando fatti e formando pensieri, che, credo abbiano interesse speciale per la conoscenza tanto delle cose fisiologiche quanto delle patologiche. Ciò che non deve sorprendere, perchè se da un canto la nozione fisiologica è necessaria per comprendere la funzione morbosa, dall'altro non di raro avviene che la constatazione di fatti patologici possano chiarire alcuni altri fisiologici. — Il progresso della nostra scienza è in gran parte effettuato dal concorso di queste due correnti di cognizioni.

L'esordire, come il modo di aggravarsi, come quello di complicarsi e di finire delle malatie organiche del cuore sono tre momenti della storia delle cardiopatie, che attraggono in special modo l'attenzione del patologo.

A tutta prima, ragionando di vizii cardiaci, pare che tutto si riduca ad alterazioni di massa e di volume del centro cardiaco, ad alterazioni dei toni, della funzione del muscolo a dissesti idraulici e loro conseguenza e a fatti discrasici e cachetici finali. Ciò nulla meno questi elementi morbosi nel modo di determinarsi, nel luogo dove si presentano, nel tempo in cui iniziano, negli effetti cui danno origine, possono costituire delle parvenze cliniche, nelle quali non sta solo una diagnosi, ma ben anco con speciale condizione individuale da scoprire, una speciale morbilità.

Chiarirò i miei pensieri presentando tre quadri dove ho raccolte le osservazioni e classate secondo alcune coincidenze che ho constatato nell'inizio delle malatie cardiache (I.ª fase) nel loro stadio di stazionarietà (II.ª fase)

e nella loro fase estrema (III.ª fase). — Avverto, che in questo quadro non raccolgonsi che i vizi cardiaci semplici e quelli che ho avuto campo di esaminare con diligenza. In questo quadro non espongo l'intera sintomatologia di ogni caso, ma solamente quelle particolarità sintomatiche che meritano la nostra attenzione, sia per la precocità, sia per la tardiva insorgenza, sia per la intensità e gravezza, sia per la rarità loro.

1.° — *Stenosi dell'orifizio aortico*

	1.ª fase	2.ª fase	3.ª fase	Osservazioni
1	Oppressione di respiro.	Catarro bronchiale secondario, lievi edemi ai piedi.	Dispnea grave continua, congestione passiva polmonale, sputo sanguigno.	Due casi. La 2. fase è stata di lunga durata in uno, brevissima nell'altro.
	—	—	—	—
2	Disturbi gastrici.	Stasi epatica, meteorismo intestinale frequente.	Edemi cospicui all'estremità inferiori, dispnea crescente negli ultimi giorni.	Un caso. La 3. fase di lunghissima durata rispetto la 2.
	—	—	—	—
3	Qualche cardiopalmo dopo il moto.	Insonnia, dispepsia, lieve turgore epatico, albuminuria.	Cefalea incessante, rapida oligoemia, nefrite, anasarca.	Due casi. Il turgore epatico della 2. fase iniziò prestissimo, insieme coll'insonnia.

2.° *Insufficienza delle valvole aortiche*

	1.ª fase	2.ª fase	3.ª fase	Osservazioni
1	Lungo periodo di compenso, ricorrente palpitazione.	Cardiopalmo ansie respiratorie, intermittenze.	Accessi asmatici, orine abbondanti, mai anasarca, solo parziali edemi.	Cinque casi. Gli edemi finali, si può dire, prima della morte in due casi.
	—	—	—	—
2	Rapida la prima fase, cefalea, vomiti frequenti.	Edemi, oligaria, infarto polmonale.	Anasarca stasi viscerali estesissime; emiplegia e coma.	Tre casi. Rapida l'alterazione sanguigna nei tre casi.
	—	—	—	—
3	Lunghissima la 1. fase sintomi addominali (dispepsie, flatulenze).	Sviluppo graduale delle vene sottocutanee, ingrandimento epatico crescente.	Fegato cardiaco ascite voluminosa, albuminuria, edemi discreti.	Due casi. La comparsa delle vene sottocutanee in un caso precedette l'ingrandimento epatico.

3.° *Stenosi auricolo - ventricolare sinistra*

1	Sintomi subbiettivi quasi mancanti, tratto tratto scarse le urine.	Dispnea, fegato voluminoso, frequenti sputi sanguigni; ripetuti salassi, pronto miglioramento, punto anemia.	Albuminuria, idremia, facili le ortopnee, la cianosi, intolleranza del salasso, edemi generali; porpora agli arti inferiori.	Due casi. Le porpora agli arti accompagnava gli accessi ortopnoci degli estremi giorni in un caso.
	—	—	—	—
2	Cardiopalmo, catarro bronchiale.	Bronchiti, pleuriti con essudato sieroso.	Infarti polmonali, edema polmonale e cerebrale.	Sei casi. La pleurite indipendente da contingenze esterne in quattro casi. Incerta l' origine nei due altri.
	—	—	—	—
3	Dispepsia grave, cardiopalmo.	Dispepsia, cardiopalmo più gravi, cute bruna, fegato assai ingrandito, miglioramento col sanguisugio all'ano.	Intolleranza assoluta dei cibi, cirrosi epatica, nefrite, pneumoniti ipostatiche.	Otto casi. La cute bruna accompagnò il turgore del fegato in quattro casi, in tutti fu più spiccata che nelle altre cardiopatie.

Fermiamo l' attenzione sui particolari raccolti nel quadro, e facilmente rileveremo:

1. Lo stesso vizio cardiaco può esordire, aggravarsi e finire con una varietà di sintomi, i quali non si riferiscono strettamente alla qualità del vizio. — Sebbene la stenosi dell'orifizio aortico si riconosca costantemente all'aumento dell' ottusità cardiaca, al soffio, al polso caratteristici; sebbene altrettanto possa dirsi dell' insufficienza delle valvole aortiche, della stenosi auricolo - ventricolare sinistra, pure i fenomeni secondari alle lesione organica possono variare non poco nelle tre fasi del vizio cardiaco.

Non è, io credo, superflua la ricerca delle cause che governano la sintomatologia secondaria: vedremo che qualche vantaggio ne verrà alla terapia ed alla prognosi.

2. I sintomi secondari sono spesso indizi del come il vizio cardiaco, aggravandosi, comprometterà l' organismo. — I fenomeni morbosi dell' apparecchio respiratorio preludono sofferenze dispnoiche; le dispepsie fanno pre-

sentire le complicanze addominali, specialmente da parte del fegato; i fenomeni del capo precorrono fatti cerebrali finali.

Supponiamo un sistema di canali irrigatori, ciascuno dei quali conduca una proporzionata massa di liquido in un determinato ambiente; supponiamo che gli ambienti non sieno uniformi per ragioni di livello. È naturale ammettere che dove il livello favorisce il corso del liquido e la sua andata per le vie di egresso, sarà continuo il passaggio e il rinnovamento del liquido; per lo contrario dove questo non sarà favorito dalla inclinazione del piano in cui si versa, l'ambiente ne conterrà in eccesso e si manifesteranno a poco a poco le naturali conseguenze. Se poi avviene che là dove le vie di egresso o i tubi esportatori hanno da raccogliersi, nasca un ostacolo al versamento della massa liquida, gli effetti idraulici senza dubbio saranno maggiori dove già notavasi meno rapida la corrente, dove quindi le sponde o le pareti dell'ambiente venivano premute da maggiore pressione della massa contenuta.

Ebbene, se ci poniamo a guardare ai fatti clinici da questo punto di veduta, vi ravvisiamo qualche cosa di analogo; quindi siamo condotti ad ammettere, che nei vizi cardiaci dello stesso nome possa darsi la notata varietà dei sintomi secondari, perchè gli ambienti circolatori, per motivi inerenti alla loro struttura, risentono in maniera differente le prime difficoltà idrauliche sorte dove convengono i canali esportatori. — Altrimenti dirò, che negli individui che sono affetti da uno stesso vizio cardiaco possono trovarsi quelli nei quali la circolazione polmonale è, per la speciale struttura dell'albero circolatorio, più facile a sentire l'ostacolo generato del vizio cardiaco;

quelli nei quali questa medesima circostanza può verificarsi nell'intestino, nel fegato, nel rene ecc.

Se ora riflettasi, che le stesse alterazioni secondarie al vizio cardiaco, oltre ai sintomi propri, fanno luogo a sintomi generali, i quali sono determinati dalle leggi fisiologiche delle correlazioni funzionali, si comprende che per l'andamento di un dato vizio cardiaco non è indifferente che primo ad alterarsi per tempo e intensità sia un organo oppure un'altro.

Se non erro, queste considerazioni hanno fondamento sui fatti dell'esperienza, quindi sono anche feconde di problemi, che la scienza un giorno o l'altro scioglierà; intanto ognuno comprende, che possono fin d'ora servire alla pratica, in quanto che il solo ordine cronologico col quale vediamo succedersi i fatti clinici lascia intravedere alcune norme utili alla prognosi.

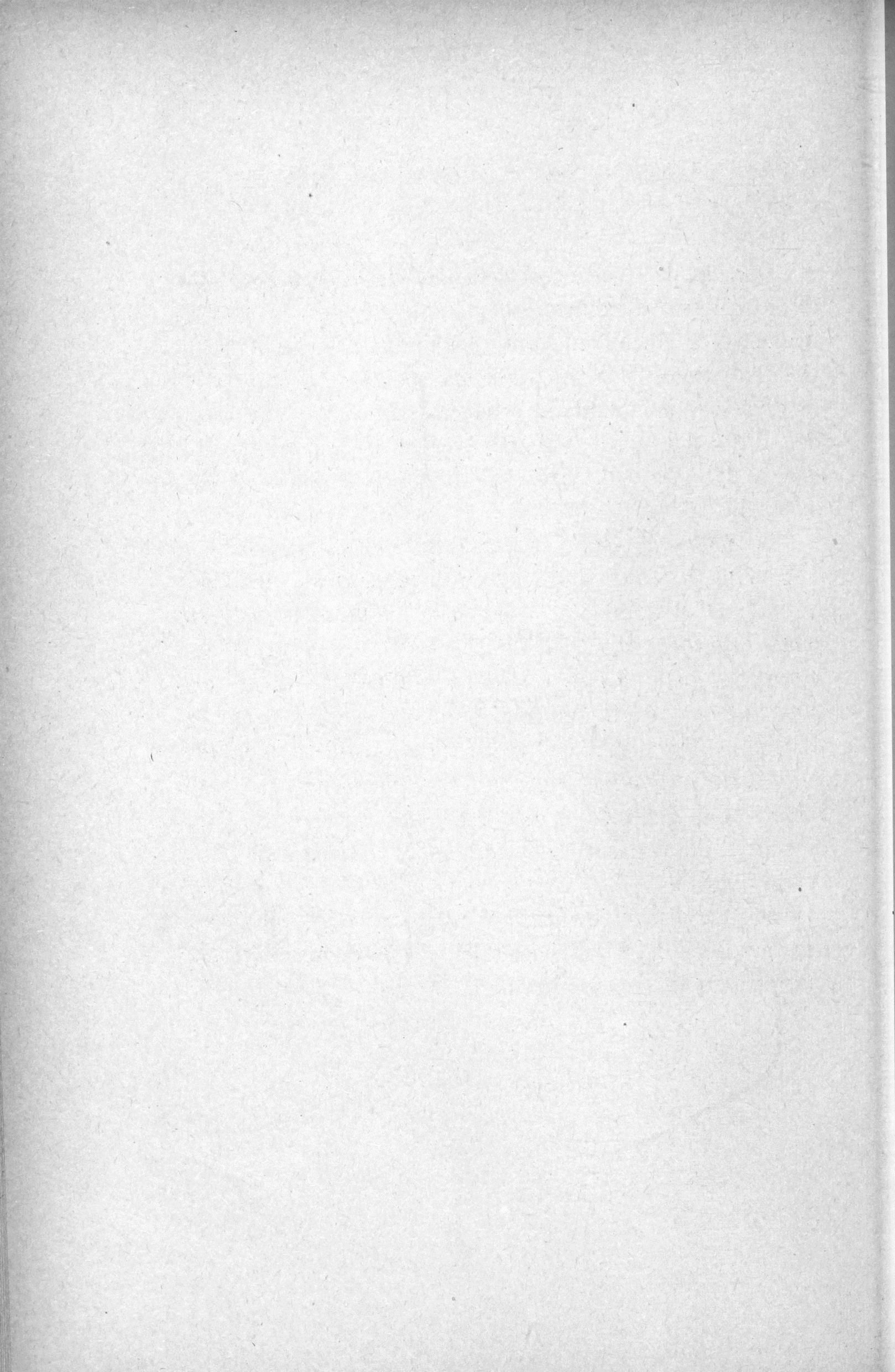
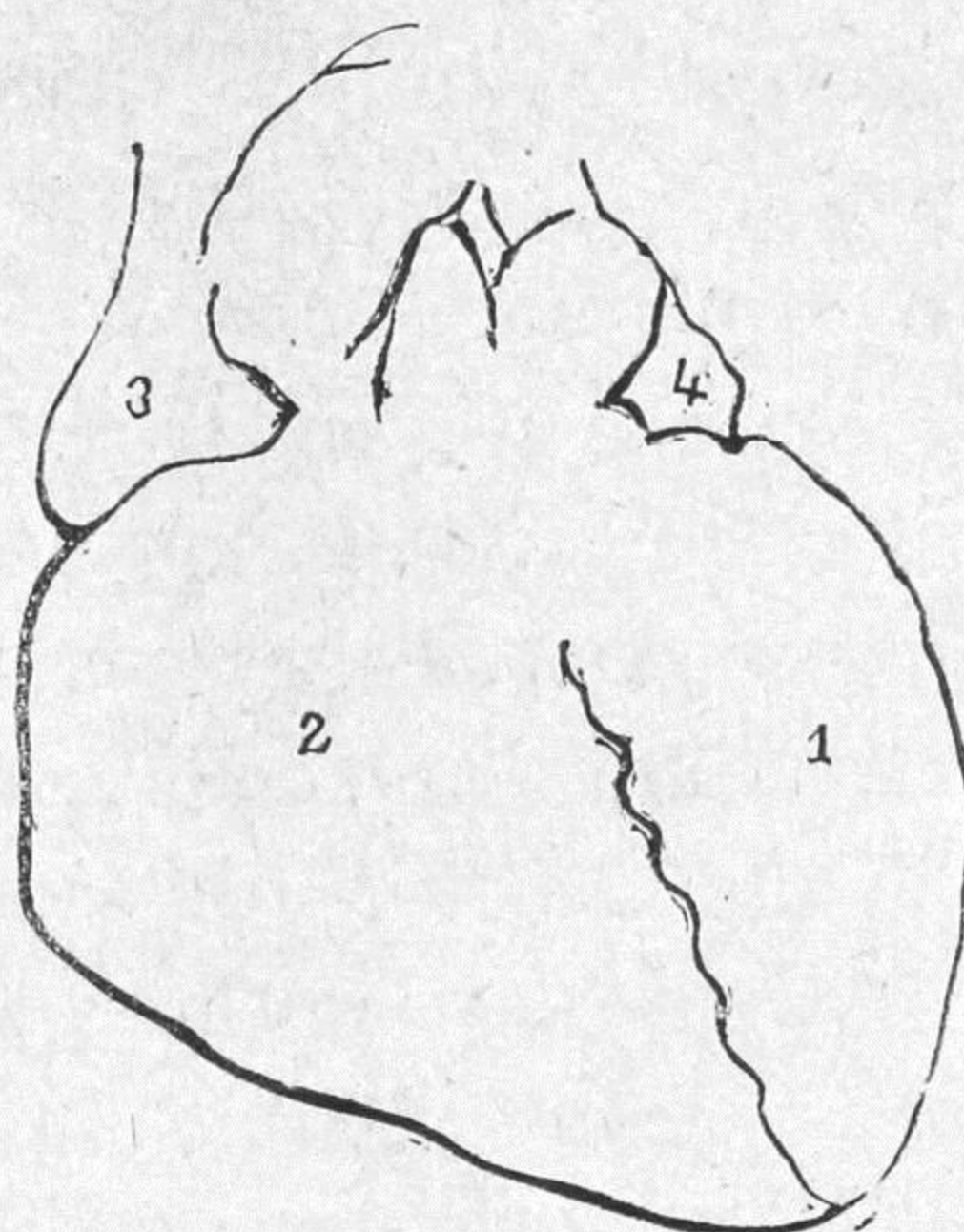
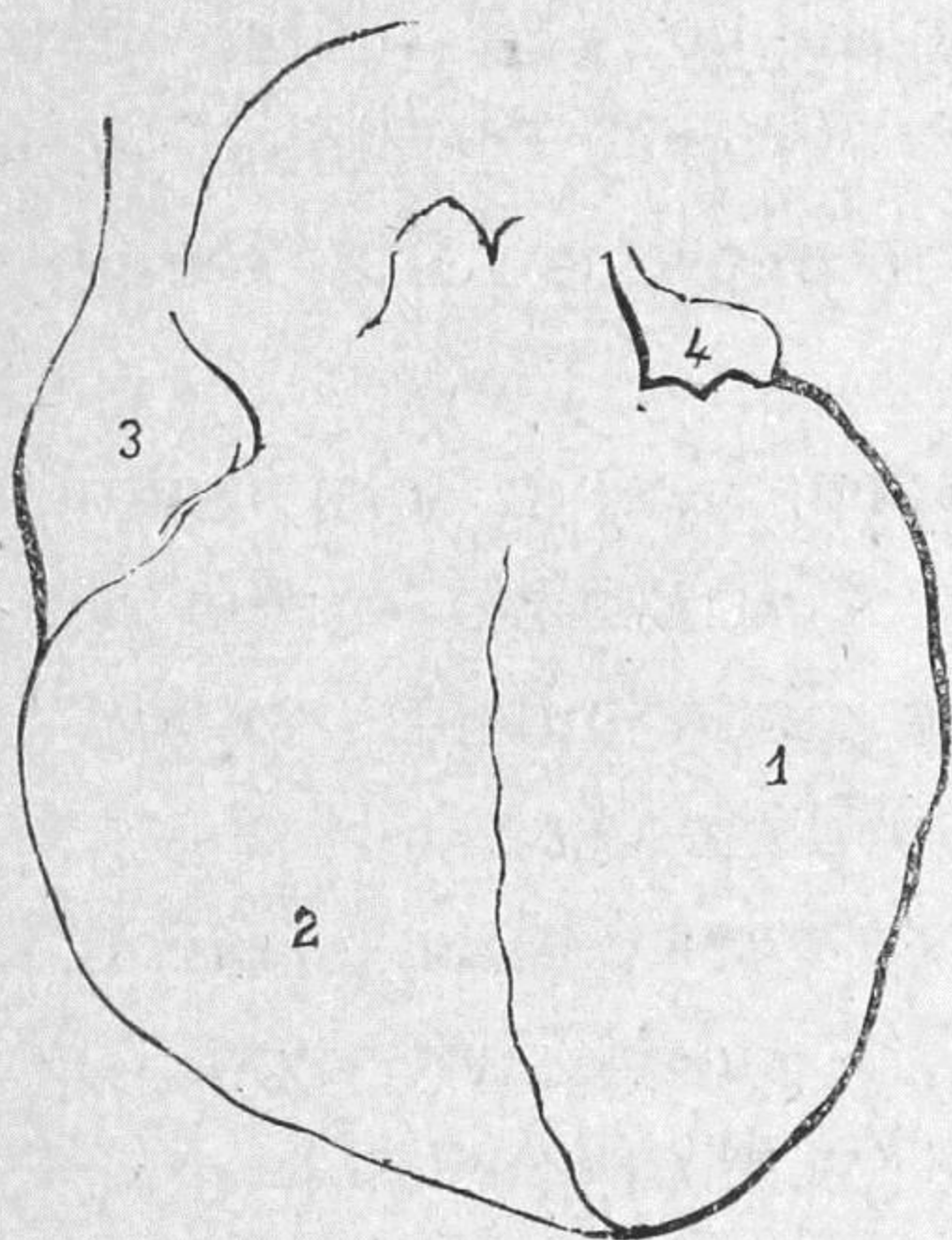
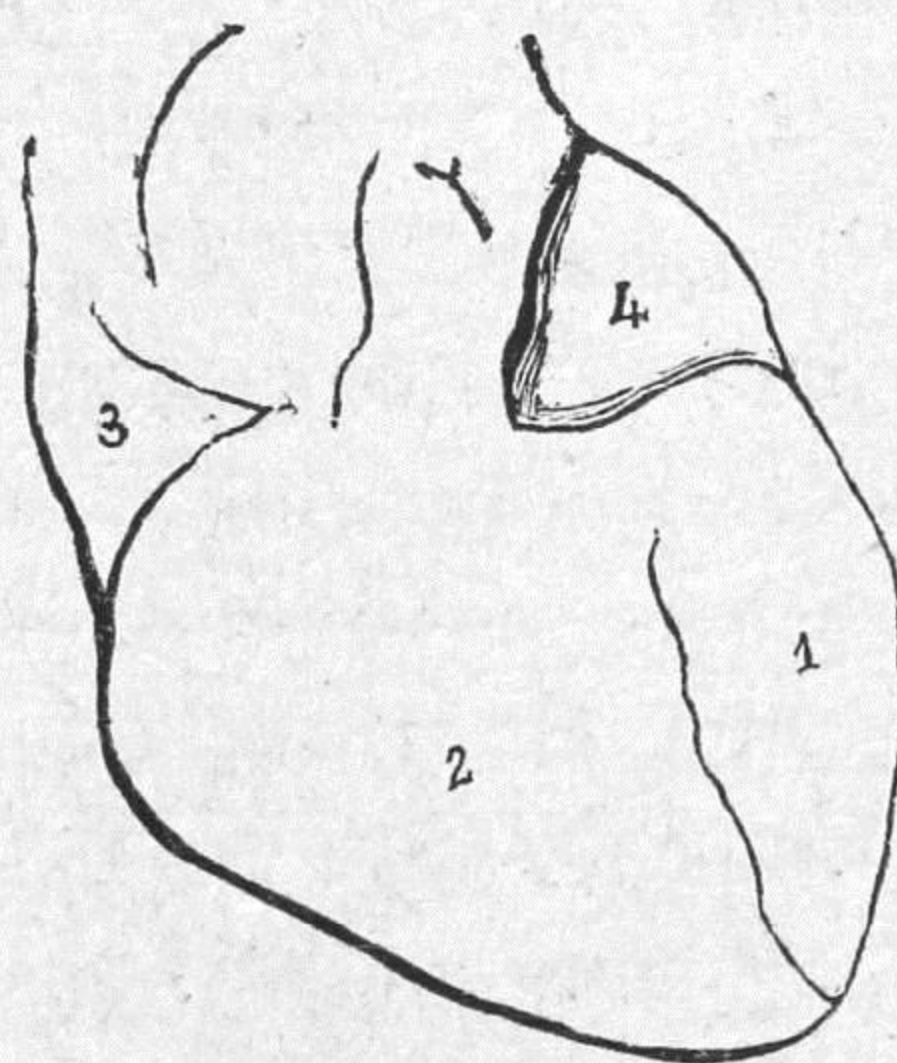
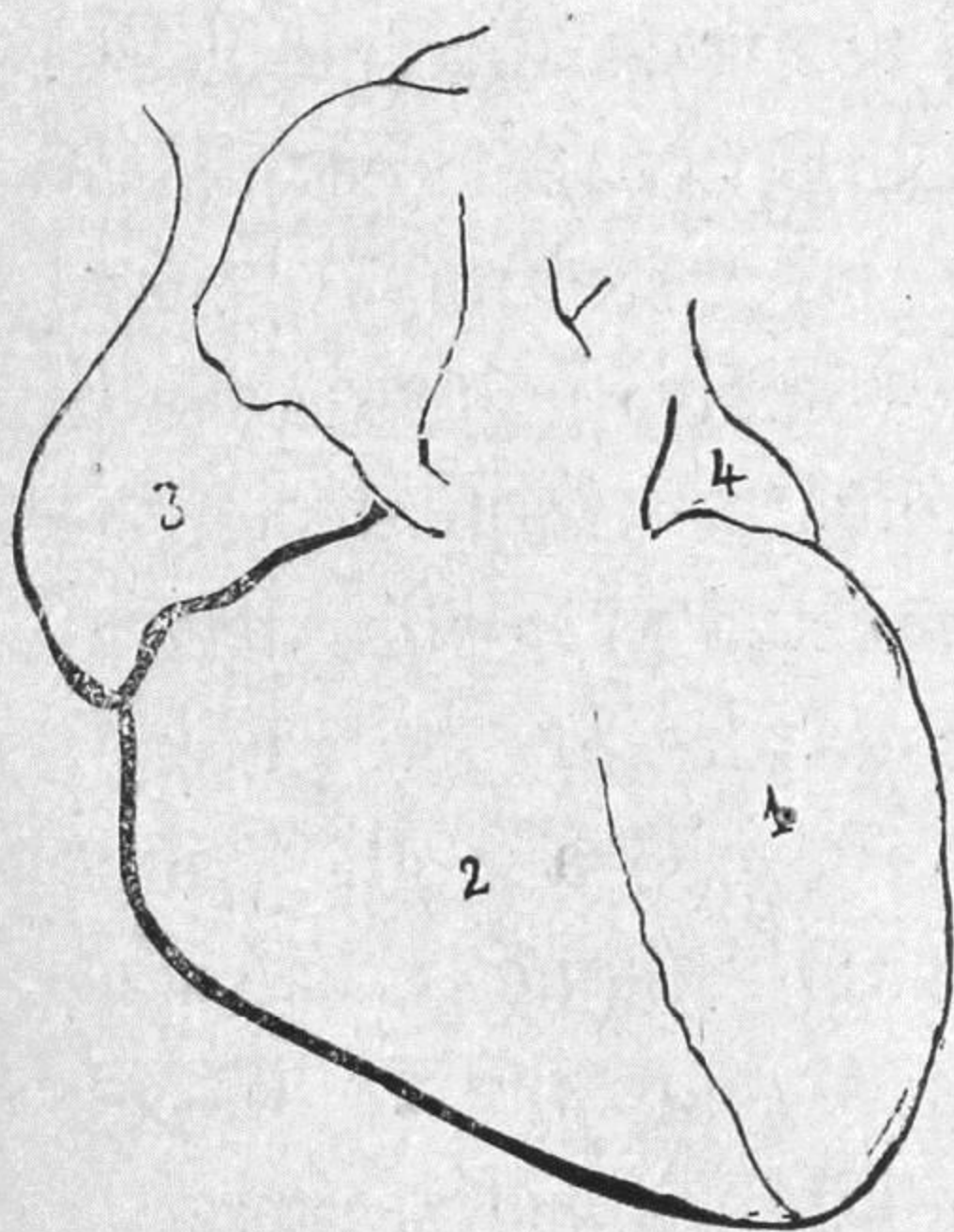
Devo confessare, che da quando presi a studiare i vizi cardiaci su questo terreno e con queste vedute, mi si allargò l'orizzonte della osservazione e mi tolsi da quella specie di studio quasi speculativo che incomincia quando si percepisce un rumore cardiaco e prosegue se ne vogliono inferire grandi cose, discutendo la chiarezza, la tonalità, il timbro ecc. Tutti fatti anche questi importanti, ma che io ritengo molto meno importanti quando dalla conoscenza esatta del vizio si vuole arrivare a quella dell'organismo del paziente cardiaco.

È vero che oltre le circostanze idrauliche alle quali io accenno, hannosi altri fattori individuali, che intervengono a modificare la forma clinica del cardiaco; ma il loro ufficio, come di leggeri si avvede ognuno, è ben diverso da quello che fa luogo ai fatti da me presi in considerazione. D'altronde concorreranno a farli essere o più

o meno pronunciati, non a determinarli nella loro specialità.

Quando da queste considerazioni cliniche generali passiamo all'esame anatomico del cuore alterato da un vizio organico, ci troviamo di fronte altri fatti chè mi sembrano degni di nota. Ma per afferrarli conviene istituire una osservazione comparativa. Premetto che non saranno ne del tutto nuovi, nè peregrini, e che la importanza loro deriva dal punto di vista dal quale ci poniamo a considerarli.

Secondo una legge che è di giornaliera applicazione, si sa che il cuore, a norma della qualità del vizio, presenta una determinata alterazione nella sua configurazione esteriore, alla quale corrisponde una proporzionata variazione della massa e della cavità. Orbene, questi mutamenti nel viscere, ammesso pure che si uniformino alle particolari condizioni del vizio, tuttavia offrono alla loro volta delle varietà che probabilmente influiranno sulla sintomatologia generale e nel medesimo tempo mostrano dipendere da momenti che non ancora vennero fatti conoscere.

Per mettere in evidenza i fatti anatomici cui alludo, presenterò degli schizzi schematici, che riprodurranno sommariamente le mie osservazioni.

1. Ventricolo sinistro
2. » destro
3. Seno destro
4. » sinistro

A colpo d'occhio da queste figure si rileva:

1. le diverse proporzioni di sviluppo che hanno le quattro cavità del cuore alterato da vizi organici. E questo è il fatto generale che si conforma alla legge suannunciata.

2. che le prime tre figure, sebbene tra di loro tanto differenti, possono appartenere allo stesso vizio cardiaco, per es. supponiamo una insufficienza delle mitrali, oppure una insufficienza delle semilunari aortiche. ecc.

Ora io cerco di sapere, perchè i medesimi ostacoli nella circolazione intracardiaca — il medesimo vizio — deve portare effetti così differenti. Nella fig. 1. si nota uno sviluppo del ventricolo destro come suole trovarsi frequentemente; nella fig. 2. si vede enorme ampiezza del ventricolo sinistro, molto minore l'effetto meccanico sul destro compresa la orecchietta; la quale, paragonata colla orecchietta destra della fig. precedente, apparisce meno dilatata. Nella fig. 3 il ventricolo sinistro è pure molto sviluppato; ma si vede che alla ipertrofia si è associata la dilatazione, il ventricolo destro è discretamente ampio; ma invece è ampissima la rispettiva orecchietta. La figura 4. rappresentata come può trovarsi il cuore nella stenosi auricolo - ventricolare sinistra; modicamente sviluppati i due ventricoli, enormemente sviluppate le due orecchiette; ma in proporzione la sinistra più della destra. Io ne ho constatato un caso nel cadavere di una giovane di 17 anni circa nella orecchietta sinistra della quale poteva introdurre comodamente il mio pugno. — Anche questo ultimo particolare anatomico è stato notato da altri, ma non è stato preso nella debita considerazione.

Esaminiamo diligentemente anche le orecchiette nelle condizioni delle pareti: — vediamo tavolta orecchiette piut-

tosto normali, mentre dovremmo trovarle dilatate, che hanno pareti non solo normali ma ipertrofiche: si scorgono i fasci muscolari ingrossati, appariscenti come corde; pare che lo sviluppo ipertrofico degli elementi muscolari abbia ostato alla dilatazione; — altra volta le troviamo colle pareti assottigliate e talora così sottili che distendendole senza sforzo e guardandole contro la luce, si osservano i fasci muscolari esilissimi e tra loro distanti, mentre negli spazi che li separano, si vede la luce per trasparenza come se in quei punti la parete della orecchietta consistesse di uno strato di semplice tessuto connettivo.

Esaminiamo i ventricoli, escludendo pure i casi di degenerazione e di iniziata distrofia del miocardio. — Vediamo, che il ventricolo nella quantità della ipertrofia, nel luogo dove si può vedere spiccare sopratutto la ipertrofia muscolare, offre tante modalità diverse di adattamento del cuore di fronte alle medesime esigenze del vizio. — Dal pari possiamo asserire, che anche l'ectasia della cavità ventricolare non è sempre uguale di fronte al medesimo vizio cardiaco: — alle volte predomina alla base - alle volte verso l'apice, sebbene nella maggioranza dei casi possa dirsi che la dilatazione si effettua per uniforme partecipazione delle intere pareti. Per altro in qualche caso può darsi che la dilatazione apparisca farsi specialmente a spese del setto interventricolare, ed allora il setto medesimo offre notevoli sproporzioni di sviluppo, uno spessore che dall'essere massimo in un punto può essere in altro molto inferiore.

Io non credo che queste cose tutte abbiano da passare inosservate; sebbene non sieno state minutamente descritte - mentre credo saranno state vedute - opino possano dare qualche argomento a studi nuovi. Perchè, io

domando, se l'efficienza del vizio cardiaco è la medesima, ne devono venire effetti non sempre eguali? — Io inclino ad ammettere due ordini di cause: *a*) la primitiva conformazione del cuore; *b*) l'energia funzionale inegualmente distribuita sulle diverse parti del cuore.

Quanto alla primitiva fabbrica del viscere centrale della circolazione, sto per dire essere un fatto che tutti ammettono teoricamente parlando, ma non tutti ricordano quando si discorre di vizi cardiaci e di alterazioni secondarie del muscolo e della sua cavità. — Forse mancò l'occasione opportuna per contribuire alla spiegazione di fenomeni clinici con simili nozioni; ma ora che l'esame clinico si compie con sempre nuovi accorgimenti, si deve sentire il bisogno anche di nozioni teoriche ma positive al pari di queste che ricordiamo sulle varia conformazione e struttura primitiva delle singole parti del cuore. Quanto più si perfeziona la ricerca obbiettiva sul viscere, vita durante, tanto meglio si arriva a conoscere le sue morbose modificazioni. Può intanto durante la vita sospettarsi che la dilatazione del cuore siasi effettuata sopra tutto alla base; può riconoscersi quando l'orecchietta destra eccede nella espansione sua, ed altrettanto si dica della sinistra. In una paziente dove questa, come ho detto, era tanto larga da capire comodamente il pugno, non solo venne riconosciuta questa anomalia durante la vita, ma ne potemmo constatare le oscillazioni e metterle in rapporto con altri fenomeni che presentava la paziente; perchè se scarseggiavano le urine, se minacciava qualche accesso dispnoico, la ottusità sulla sede della orecchietta si estendeva; ed inoltre si aveva il fenomeno della pulsazione auricolare, che precedeva immediatamente quella dell'apice. Sui quali fenomeni ho potuto assicurarmi per ripetute osservazioni.

Quanto poi alla energia funzionale inegualmente distribuita sulle diverse parti del cuore, come altro fattore che concorre a produrre la notata anomalia di forma del viscere, la possiamo considerare sotto due punti di vista - come funzione nervosa e come effetto meccanico. — Come funzione nervosa è di assai difficile esame; anzi credo che un esame così analitico non possa ancora essere tentato al letto dell'infermo. Ma come effetto meccanico, ci è dato raccogliere indizi di un certo valore tutte volte è possibile l'uso del cardiografo. Nella curva cardiografica abbiamo un documento che ci parla della sistole, della diastole, dell'azione auricolare, delle pressioni positive e negative intra - aortica ed intra - polmonale. Ed oggi che in base a positivi risultati sperimentali si ammette anche l'attività della diastole cardiaca (come ho appreso anche dagli studi dello *Stefani*), il cardiogramma quando può essere interrogato, ci somministra dati sui quali si arriva a concepire idee abbastanza esatte sullo stato della circolazione intracardiaca.

Egli è pertanto da ammettersi, che la varia conformazione che può offrire il cuore alterato da vizio organico, non corrisponde solo al genere del vizio, ma corrisponde eziandio alle capacità funzionali dell'organo, le quali dipendono da due fattori: l'uno è la speciale fabbrica del cuore che presenta l'individuo; l'altro la intensità della energia nervosa.

S'accordano perfettamente con queste vedute quei casi — che sono registrati qua e là dagli Autori e che tutto giorno occorrono agli osservatori - quei casi, dissi, nei quali colla presenza di un vizio valvolare, od orico, non troviamo proporzionate le ipertrofie e le dilatazioni. Nei quali casi è necessario ammettere, che tanto la sostanza

del cuore, quanto la efficienza del sistema nervoso siano state quali si danno nei casi contrari, quando cioè le alterazioni del miocardio e quindi della forma del cuore sono aggiustate alle esigenze del vizio.

Mi sorprese un fatto che, appena annuncerò, si vedrà essere pure di assai comune osservazione: — ed è che in molti cardiaci, nei quali esistono cause indiscutibili per la manifestazione degli edemi, questi possono avere una sede ed una estensione, quasi direi, immutabili. — Muterà il grado degli edemi, non la sede nè la estensione.

Perchè emerga evidente il fatto del quale vo' occuparmi dirò, che se passiamo in rivista molti cardiaci venuti a fase già avanzata, ne troviamo di quelli che sono anasarcatici, di quelli che hanno edemi diffusi, ma non generali, come troveremo di quelli — e sono i più rari — che offrono punto, o poco, edema.

Siccome gli edemi stanno in rapporto colla lentezza della circolazione reflua, così si scorge subito, come questa circostanza sia uniformemente sentita da tutte le provincie dell'albero venoso in alcuni, in altri solo nel dominio della cava ascendente, in altri poco sentita dovunque.

Premessa questa nozione generale, dirò come sia venuto alla convinzione che quest'affare concernente gli edemi abbia più importanza di quello che si pensa. — Invero, tosto sentiamo il bisogno di sapere perchè in alcuni casi il solo dominio della cava ascendente debba sottostare a quel grado di guasti idraulici da cagionare gli edemi.

Si comprende che per varie ragioni puramente fisiche, fino a un certo punto, si possa spiegare la differenza del dissesto circolatorio nelle due cave, vista la distanza del

cuore dalle parti periferiche che confluiscono nella cava inferiore; vista la maggiore facilità colla quale defluisce il sangue dalla cava superiore. Ma tutto questo spiega perchè gli edemi abbiano da principiare ai piedi, perchè se dassi l'accasarca, gli edemi possano essere alquanto minori nelle parti superiori della persona; ma non spiega perchè in non pochi casi solo nel dominio della cava inferiore si verificano versamenti sottocutanei così estesi, così copiosi, talvolta assolutamente irremovibili.

Quando abbiamo uno di quei casi nei quali gli edemi nel dominio della cava ascendente sono unici o in modo singolare prevalenti, si tratta di persone piuttosto corpulente, in cui sono solleciti a presentarsi i gonfiori ai malleoli; sono frequenti i disturbi nell'apparecchio digerente; precoci pure sono la turgescenza epatica e splenica, come le secondarie alterazioni renali; può aversi più manifesto turgore delle vene agli arti inferiori e alle pareti addominali, insomma tutte le espressioni della stasi che va organizzandosi nelle viscere dell'addome. Tutti questi fatti morbosi sono duri a vincersi colle cure ordinarie: ponno dissiparsi, ma si riproducono facilmente e quasi sempre si vede che s'associano a progressive alterazioni epatiche e renali, non che ad alterazioni discrasiche, per cui si fanno sempre più intensi gli edemi a cagione dell'idremia, perchè questi casi sono quelli nei quali è anche rapida a presentarsi la cachessia cardiaca.

Tutti questi dati concorrono a dare al sintoma che sto esaminando, la sua importanza clinica; si può dire così: — quanto più solleciti, quanto più limitati e intensi sono gli edemi nel dominio della cava ascendente, tanto più si può temere che siano gli organi addominali male influiti dal vizio organico del cuore, e tanto più si de-

vono temere le condizioni discrasiche, le quali, senza dubbio, s'innoltrano a rendere meno effettuabile il lavoro compensante del cuore, che presto si altera nella propria nutrizione.

Ma nel tempo stesso parmi possano essere almeno intraveduti i rapporti che passano tra i sintomi clinici e qualche condizione anatomica insita precisamente nella cava inferiore. Tratterò espressamente di questo a suo luogo; quivi intendo solo di ricordare, che quest'organo vascolare può essere alterato nella sua capacità come contenente e come organo contrattile — vale a dire, può essere dilatata la cava e può altresì essere priva di quell'attività che le è impartita dai fasci muscolari e quindi assottigliata nelle pareti, oppure ingrossata e ciò nulla meno incapace a sostenere più oltre la crescente e straordinaria pressione interna; perchè anche la cava inferiore è un organo, che, da quanto posso dire in base alle mie osservazioni, non si trova essere egualmente, identicamente organizzato in tutti gli individui; di conseguenza, sebbene anche sopra di essa facciasi sentire la influenza del vizio cardiaco, tuttavia essa offre una resistenza che è varia a seconda della sua speciale struttura e capacità a reagire contro le pressioni interne. *Elischer* ha dimostrato che le pareti della cava inferiore contengono fibre muscolari in connessione con quelle del cuore; la qual cosa, mentre da un lato dimostra che questo vaso deve essere tenuto nel conto che merita quale coefficiente della circolazione reflua, dimostra pure indirettamente che per la sua intima organizzazione può - al pari d'ogni altro organo - offrire delle varietà individuali, quindi contribuire non solo alla fisiologia, ma ben anco alla patologia delle parti colle quali tiene diretti ed indiretti rapporti.

Tornando a considerare gli edemi dei cardiaci importa distinguerli secondo che a produrli interviene la causa *meccanica*, o la causa *discrasica*. Sotto questo punto di vista io ho notato che nello stesso ammalato possono darsi in una fase della malatia edemi della prima specie e in un'altra edemi della seconda.

Questa distinzione ha valore anche pratico, perchè qualche volta vediamo ammalati che coi primi fatti della lesione cardiaca sogliono presentare rapidi e copiosissimi edemi, proprio come suole avvenire nelle malatie cardiache più avanzate.

Siccome a questi fatti idraulici generalmente si annette una triste significazione, così facilmente si cade non di raro nell'errore di credere, che in ragione dello sviluppo degli edemi sia da ritenersi grave la condizione patologica primaria. Invece succede, che dopo qualche tempo — e questo merita essere notato – sebbene sieno presso che lasciati in disparte i rimedi che parve tornassero di poco o niun effetto, a poco a poco diminuiscono e poi scompariscono; e l'ammalato migliora in modo soddisfacente e quasi inaspettato.

La differenza tra questi edemi e quelli che vengono prodotti durante uno stato discrasico, è manifesta; perchè questi se possono scemare facilmente si riproducono e può dirsi che durano finchè dura in vita il paziente, meno rari casi, nei quali può avvenire che prima di soccombere, si essichi completamente.

La rapida e copiosa produzione degli edemi della prima specie, o da causa meccanica, sta in rapporto colla rapida effettuazione degli ostacoli circolatorii in organismi nei quali la massa sanguigna è abbondante; perchè atteso la breve durata della malatia non si è per anco modificato

visibilmente il processo della nutrizione. In questi casi l'ingombro circolatorio è tanto maggiore quanto minore è la funzione dei principali emuntori dell'organismo. — Vi ha di più: in questi casi ordinariamente avviene, che gli stessi organi secretori, i reni, l'intestino, sono qualche volta indarno eccitati alla funzione eliminatrice e così il quadro dei sintomi acquista una maggiore severità.

A mio modo di vedere, le cose non sono così gravi come appariscono. Me ne sono convinto più volte anche mercè il risultato di pratiche terapeutiche delle quali trassi l'indicazione dal concetto che ho esposto sulla patogenesi degli edemi. In questi casi la remora maggiore della massa sanguigna si fa nelle estremità superiori, negli organi del ventre, il fegato si fa sporgente e duro in brevi giorni, le urine si fanno scarse, scarsissime, intensamente colorate; vi ha assoluta anoressia, qualche vomito, insonnia, e il cuore s'allarga, è debole, aritmico, intermittente, o frequentissimo o spaventosamente tardo. Abbiamo insomma un quadro che si assomiglierebbe a quello minaccioso di una cardiopatia di vecchia data, meno lo stato discrasico. In tali condizioni tutto può recedere: basta che a poco a poco, coi mezzi migliori — che sono il sanguisugio all'ano, qualche acqua purgativa che si alterna con polveri di calomelano, i tonici cardiaci, gli eccitanti diffusi destramente adoperati — si provveda all'uopo e le gonfiezze se ne vanno. Ridotta la massa sanguigna alle proporzioni compatibili colle condizioni del cuore, questo si coarta, raccoglie il meglio delle sue energie e si ricompone un sufficiente equilibrio idraulico.

Mi sono trovato qualche volta a disputa con qualche collega per questioni terapeutiche e pronostiche. Sempre ho sostenuto quanto segue: se il mircardio può riabili-

tarsi, se non si hanno guasti organici profondi negli altri organi compromessi, facciamo una cura energica, pronta e per il tempo sufficiente protratta, ed ogni cosa deve dissiparsi.

Se ci troviamo invece di fronte a gonfiezze che sieno state favorite oltre che dalla causa meccanica anche dalla discrasica, il nostro giudizio come l'azione nostra devono essere differenti. Risservato il primo, prudente la seconda e tanto più quanto più prevale la causa discrasica; l'opera nostra non può arrivare più in là dell'effetto palliativo.

Ho istituito il confronto tra gli edemi da causa meccanica e quelli da causa discrasica, considerando i primi che per lo più si veggono in una fase primordiale, i secondi che sono più proprii delle fasi avanzate: tuttavia le due specie di edemi si possono vedere nelle fasi primordiali della cardiopatia ed allora sopra tutto interessano le nostre considerazioni e bisogna essere molto oculati nel valutare lo stato del muscolo cardiaco, quello della innervazione e quello degli organi direttamente sottoposti alla mala influenza delle congestioni passive rapidamente effettuatesi.

In amendue i casi sta innanzi a noi un problema d'idraulica; ma sono differenti i metodi coi quali può provvedersi. — Dove predomina l'elemento meccanico, dove e muscolo cardiaco e innervazione sono promettenti; quello ha vigoria d'impulso per quanto possa essere aritmico, questa è solerte e resistente, – possiamo intervenire colla prescrizione di una sottrazione diretta e preferendo il salasso all'ano se sono specialmente impegnati gli organi del ventre, o quello al braccio se gli organi del torace. –

Dove all'incontro prevale l'elemento discrasico, e cuore e innervazione sono affranti o facili alla depressione, le forze generali fiacche, il polso debole, molle, sotto i movimenti della persona più frequente con facile dispnea, è meglio provvedere altrimenti: – iniezioni ipodermiche di etere o di liquore anodino di Hoffmam (1-2 grammi); iniezione di ipedermiche di sparteina (2 centig. per iniezione) oppure di stricnina (1-2 milligr. per iniezione; io ne ho amminisirato anche 4-6 milligr. suddivisi in 2-3 iniezione nella giornata) valgono a sollevare le forze della innervazione e del cuore, quindi provvedono alla secrezione urinaria e quando lo stato dei nervi e del cuore ci rassicura, possiamo dar mano ai blandi mezzi purgativi intestinali (sali medii destramente applicati) i diuretici, le punture cutanee od il trequarti *Sattin*.

In amendue i casi, superate le prime gravezze, vengono indicate le polveri temperanti del *Frank*, le quali effettuano una cura purgativa e diuretica che può adattarsi ai bisogni dell'individuo modificandone la dose; ma che nei casi dove la causa meccanica degli edemi è sola, ordinariamente portano effetti sempre maggiori; mentre dove è la causa meccanica associata alla discrasica danno effetti incompleti e non sono sempre tollerate. Altrettanto si dica de' vizi cardiaci con abbondanti edemi o con fenomeni spiccati gastro-epatici.

Mi interessa tornare sull'argomento degli edemi e precisamente di quelli che riconoscono come principale fattore la causa meccanica. – *Lobstein* attribuiva l'anasarca delle malattie organiche del cuore non solo all'ostacolo circolatorio centrale, ma anche ad un stato di paralisi del sistema capillare venoso. Questo intervento

del sistema nervoso pare debba invocarsi anche in base a fatti clinici importanti: – ricorderò p. es. le estese e rapide idropisie che possono susseguire alla interruzione del flusso mestruale. Secondo *Ranvier* la stasi venosa non potrebbe da sola produrre l'edema, avendo egli veduto mancare l'edema nei casi nei quali aveva legato prima la femorale, indi la cava inferiore, e sopravenire l'edema dopo il taglio dei nervi ischiatici. È vero che questi risultati sperimentali non sono costanti; ma se anche si volesse concludere, che l'ostacolo alla circolazione portato dalla legatura può produrre l'edema, non si esclude per questo l'intervento del sistema nervoso che possiamo invocare in alcuni dei casi clinici che consideriamo. *Jankowski* ha constatato che il processo infiammatorio d'una parte va unito ad edema considerevole qualora sia praticata la sezione dei nervi nei quali sono contenuti dei vaso-motori; e questo corrisponde coi fatti della patologia clinica, quando p. es. vediamo determinarsi l'edema polmonale in mezzo a sintomi adinamici.

La ricerca della influenza dal sistema nervoso nella genesi delle idropisie è suggerita da una ragione clinica. In fatti si danno talora degli edemi precoci, anche assai estesi, i quali più tardi scompaiono sebbene rimanga la causa meccanica centrale alla quale vennero a torto interamente ascritti. In queste circostanze pare che i nervi vaso-motori sieno peralizzati, per questo sieno anche meglio agevolati gli edemi, talchè nel periodo della malatia a cui ci riferiamo, sono sproporzionati. Se poi riflettiamo che ponno con questi edemi essere altri fenomeni che dinotano un vero torpore circolatorio in alcune provincie, come sarebbe l'addome, per cui le urine scarseggiano, il

fegato ingrossa enormemente e s'hanno anche fenomeni di inerzia intestinale, si che talvolta non si arriva ad ottenere la deiezione alvina nemmeno con energici mezzi, o si ottengono scarsissime dejezioni, a me pare che sia assai probabile il fatto di una paralisi delle estremità nervose nel campo della stasi venosa. Altrettanto significa lo porpora agli arti inferiori che ho veduto più volte comparire in due casi, registrati nel quadro delle osservazioni, quando col crescere delle difficoltà circolatorie si facevano maggiori gli edemi.

Non ho fatto queste parole per dire qualche cosa sulle idropisie, ma per giustificare una pratica terapeutica alla quale consiglio frequentemente in casi consimili ed è quella delle injezioni ipodermiche di stricnina, colla quale in alcuni casi sono riuscito a vedere opportunamente modificarsi tutta l'innervazione vaso-motoria; palesandosi in questo ciò che è caratteristico dell'azione fisiologica del rimedio, aumentare, cioè, l'eccitabilità dei gangli nervosi deputati ai fenomeni riflessi, compresi i gangli vaso-motori, ed aumentare la contrattilita delle arterie.

L'uso di questo rimedio nei casi che si considerano può farsi contemporaneamente con quello di altri che servono ad accrescere le secrezioni, o togliere la grave stasi intravenosa. Talvolta mi ha giovato la sola stricnina senz'altro sussidio ed ho veduto scomparire la cianosi, au mentare la secrezione urinaria e dissiparsi la sintomatologia più grave. Dirò di sfuggita, che questo rimedio mi ha reso sempre servigi sorprendenti in tutti i casi nei quali — anche non trattandosi di vizi cardiaci — era mestieri rialzare la innervazione generale tanto nel

corso di malatie croniche, quanto in seguito a malatie acute.

La dose iniziale è di un milligr. in un grammo di liquido; ma si può presto passare a due a tre sino a sei milligr. e più al giorno ed anche continuarne l'applicazione per giorni parecchi con progressivo miglioramento. Non credo mi si possa opporre — come mi oppose con mia somma maraviglia un terapeutista di molto grido — che la stricnina non deve essere amministrata che per via interna. La mia esperienza è certamente contraria alla sua teoria, che d'altronde ritengo confutata dalla esperienza della maggioranza dei medici.

Uno dei due casi di stenosi auricolo-ventricolare sinistra registrati nel quadro già esposto riguarda una donna, che venne tradotta in clinica in una condizione miseranda: edematosa cianotica, fredda; polso piccolo, filiforme, quasi impercettibile; dispnea gravissima, vene della faccia, del collo, del petto inturgidite. Erano state fatte alcune pratiche inutilmente e l'ammalata si aggravava sempre più quando io giunsi e la vidi per la prima volta all'ora della visita vespertina. Presenti alcuni allievi feci notare i sintomi più importanti per giudicare del caso, che passo passo s'avvicinava allo stato preagonico e, troncando ogni commento, ordinai che si praticasse un salasso. Durante l'operazione raccolsi qualche notizia anamnestica e si giunse a sapere, che la paziente, già da lungo tempo inferma per malatia di cuore, era quasi improvvisamente caduta nelle gravi condizioni in cui allora trovavasi. Al fremito sistolico il quale si percepiva insieme con un soffio asprissimo all'apice occupante tutto il primo silenzio e

diffondentesi in basso e allo esterno; alla qualità del polso, al grande prevalere del cuore destro, dichiarai probabile la stenosi auricolo-ventricolare sinistra; e manifestai il pensiero che queste ultime gravissime circostanze potessero essere espressione di un accesso di *asistolia*. Dopo il salasso, che fu di 300 grammi circa, si mutò il quadro dei sintomi, cessò il pericolo imminente e grado grado si ristabilirono i fenomeni della circolazione, della respirazione e si rianimarono le funzioni nervose centrali. — Il giorno seguente si potè istituire l'esame sistematico mercè il quale venne confermato il diagnostico, indi giorno per giorno si notarono i segni di miglioramento generale sì che la paziente potè risentire l'appetito, digerire abbastanza bene, emettere urine abbondanti, perdere gli edemi in gran parte ed anche abbandonare il letto.

La paziente era mestruata (toccava appena i 40 anni) fino ad alcuni mesi addietro e - secondo quello che narrava - sarebbesi aggravata la infermità quando cessarono di presentarsi i catameni. Della qual cosa avemmo piena conferma un mese dopo, all'epoca nella quale avrebbe dovuto mostrarsi il flusso mensile. Allora notte tempo si aggravò nuovamente e si riprodussero tutti i fatti sopra descritti compresa l'applicazione del salasso e l'immediato miglioramento.

Le buone ragioni che potevano addursi contro l'uso della sottrazione generale, mi indussero a tentare altre cure anche a scopo preventivo dell'accesso *d'asistolia*. Notava per tanto che la paziente, in luogo di presentare indizi di deperimento discrasico, cessato il pericolo, ripigliava le sue funzioni digerenti e mantenevasi nelle condizioni crasiche migliori che si avessero potuto desiderare.

Mi sono anzi maravigliato, perchè le mucose visibili erano normalmente colorate e il sangue non offriva veruna alterazione apprezzabile. Sopravenne altro periodo mestruale, si rinuovarono i medesimi fenomeni pericolosi, volli astenermi dal salasso, ma se non l'avessi poscia praticato, la paziente avrebbe dovuto soccombere dopo un tempo più lungo di sofferenze.

Questo caso da luogo ad alcune considerazioni di speciale interesse clinico. — Anzi tutto offre esempio dell'influenza che può esercitare il periodo mestruale nel determinare *l'asistolia*, - in secondo luogo, dimostra la efficaccia che può talvolta esercitare il salasso contro questo complesso fenomeno che a torto, secondo me, ebbe nome di *Asistolia* da *Beau*; - terzo, rende un po' meno sistematici nel sostenere i danni che possono cagionarsi dal salasso in certi cardiaci.

Riservandomi di discorrere più estesamente della *asistolia* in altra occasione, qui voglio solo constatare che questo complesso di fenomeni non ha da ritenersi eguale in ogni caso. - Il suo meccanismo potrà essere senpre lo stesso, ma le ragioni determinanti devono essere varie, perchè anche la cura non può essere la medesima in tutti i casi.

Ricordo un signore che era giunto a più che 70 anni e mi narrava, che da venti andava soggetto a quei terribili accessi che io con tutti gli altri medici che l'ebbero a visitare, riconobbi per accessi di asistolia. - Questo signore all'età di 40 anni superò una grave infermità, che pronunciatasi con sintomi gastrici, finì poi con una formale calcolosi epatica, per cui subiva lunghissima cura. In seguito divenne emorroidario e principiò ad avvertire

le intermittenze cardiache e qualche cardiopalmo. Al 50° anno provò il primo accesso asistolico. Importa notare, che da quell'epoca l'accesso ripetevasi ogni 28, 30, 35 giorni. Precedeva un senso di malessere, di abbattimento, di anoressia, di grande suscettibilità nervosa; poi grado grado si faceva sentire un senso di oppressione di respiro, con questo il disordine cardiaco, il polso filiforme, fuggevole, poi si pronunciava un certo grado di cianosi alla faccia e di turgescenze venose; le urine scarsissime e bisogno di aria. Questo stato di cose durava 12-24 ore, poi improvisamente, come scattasse una molla, tutto finiva. Un giorno dopo l'accesso il paziente usciva a passeggio e la sera poteva impunemente frequentare i caffè i teatri anche nella stagione meno clemente. - Coll'esame obbiettivo si riscontravano tutti i sintomi dell'ateromasia diffusa; non esisteva vero vizio valvolare nè orico. Il cuore funzionava con certa vigoria e solo si percepiva una intermittenza ogni 8-10 pulsazioni. Ne' polmoni discreto catarro bronchiale senile; al ventre fegato tumido abitualmente, non dolente, senza distensione abnorme della cisti biliare. Le anse intestinali molto sviluppate (il paziente era sempre stato buon mangiatore) per meteorismo e raccolta di materie fecali (stitichezza ostinata di tutti i tempi); traccie di nodi emorroidari avvizziti.

In questo caso abbiamo l'asistolia ad accessi periodici: se si trattasse d'una donna si correrebbe facilmente al pensiero di una reminiscenza del periodo mestruale; trattandosi di un uomo come possiamo noi spiegare il periodo? - Avendo molte volte riveduto il paziente, perchè io stesso l'ho curato per un paio d'anni, credo dovere ricordare una circostanza, che potrebbe fornirci qualche

lume in proposito. Ho detto che avevasi stitichezza ostinata; ora va aggiunto che il signore non si curava di favorire la defecazione; che quando da molti giorni rimaneva coll'alvo chiuso, ricorreva con metodo a qualche pillola disoppilativa, poi tornava alla stitichezza. Quando si ripresentava il bisogno di evacuare l'alvo, principiava il malessere foriero dell'accesso. Per questo io sospettava e tuttora sospetto, che la stitichezza desse luogo, o favorisse il ritorno dell'*asistolia.* Quando poi volli palesare il mio sospetto all'infermo questi mi fece sapere, che negli anni nei quali soleva recarsi a Montecatini durante la cura i suoi accessi erano molto meno puntuali e meno intensi. Allora diedi mano a cura analoga, ottenne il miglioramento; ma poscia progredendo i fatti relativi all'ateromasia, ne provennero gravi disturbi circolatori, si manifestò una forma clinica cardiaca e quindi la morte. È qui pure importa fare una nota: – dal giorno che si aggravarono le condizioni circolatorie del paziente non si riprodussero più i veri accessi asistolici. Il fatto medesimo si verificò nella donna che ho precedentemente ricordato. Pare che la asistolia - che pure appartiene alla sindrome delle malatie organiche del cuore – non rappresenti sempre la peggiore condizione del vizio, ma sia legata a qualche altre condizione che si riferisce alla circolazione del centro della innervazione vaso - motoria e respiratoria.

A questo pensiero mi conducono due altri fatti importanti. Erano contemporaneamente nella Clinica un vecchietto della casa di ricovero pallido, magro, con sintomi di insufficienza non grave delle valvole aortiche; – e un contadino che aveva passato di poco i 40 anni; ma

era deperito, presentava fenomeneni di asistolia come il vecchietto precedente, senza i sintomi manifesti di lesione organica del cuore, solo si poteva sospettare l'ateroma aortico. Anche questo era pallido, oligoemico, dispeptico. Amendue, uno dopo l'altro, entrarono con fenomeni di asistolia.

Al primo, dopo averlo trattato in mille guise, mi decisi in ultimo di praticare il salasso e migliorò. Dopo il salasso spiegarono la loro efficacia altri rimedi, tra i quali la respirazione artificiale, l'ossigene ecc. Successivamente migliorò così che pareva guarito anche della lesione al cuore; aveva ricuperato la nutrizione si era rinvigorito ed anche alquanto ingrassato.

Il secondo presentava accessi meno gravi, ma si associavano a disturbi del capo, a senso di stiramenti dei muscoli della cervice, a dolori nel dominio del V. cerebrale; aveva, in età relativamente giovane, spiccato anello senile. L'accesso si presentava con una certa aria di tristezza psicopatica.

Solendosi mettere insieme l'accesso *d'asistolia* colla malatia del cuore, di fronte a questi due casi non poteva sfuggire il fatto per cui nel primo caso la coincidenza esisteva, nel secondo mancava, od almeno era assai meno appariscente. In questo la cura variò, essendosi però sempre ottenuto poco vantaggio da tutti i rimedi. D'altronde l'accesso non era tale da imporci a qualunque costo l'impiego del salasso. Per altro si aggravarono le condizioni del paziente quasi improvvisamente e periva con fenomeni di edema cerebrale.

L'autopsia, oltre la lesione aortica, il deperimento granulo-grassoso del miocardio, mostrò un processo ate-

romatoso recente nella arteria basilare con iperemia ed edema del midollo allungato.

Queste poche cose che ho esposto intorno all'asistolia, la quale considerata in tutti i suoi particolari accusa la propria dipendenza dall'azione del sistema nervoso, hanno lo scopo principale di mostrare, che per comprendere chiaramente la patogenesi dei sintomi delle malatie organiche del cuore, bisogna non dimenticare la parte che vi giuoca la innervazione. – Io credo, che quel complesso sintomatico a cui si da il nome di asistolia, tolto il grado, o la intensità, sia più frequente che non si pensa; che molte perturbazioni facili a sopravenire nel corso di una infermità cardiaca, sieno manifestazioni *asistoliche*; nelle quali si osservano, non solo alterazioni della funzione del cuore, ma insieme a queste anche modificazioni della innervazione vaso - motoria determinate da causa centrale; perchè l'asistolia non è un fenomeno semplicemente cardiaco, ma un fenomeno cardiaco e vascolare esteso e complesso, nel quale talvolta si vede mancare la vera condizione morbosa organica del centro della circolazione.

Come dissi avrò occasione di intrattenermi più lungamente sull'*asistolia*; quivi mi importa solo di avere contribuito nella parte sintomatica a provare, che di fronte a fatti dei più cospicui delle malatie organiche del cuore - quali sono gli edemi diffusi e le loro cliniche vicende e la stessa asistolia – non si corrisponde interamente all'esigenza del fatto clinico se limitiamo le nostre considerazioni alla pura causa meccanica del vizio.

Non lieve interesse nello studio delle malatie cardiache

ho trovato per ciò che si riferisce al loro trattamento *dietetico* e *ginnastico*.

Rispetto al trattamento dietetico bisogna assolutamente decampare dai criteri ordinari per attenerci a quelli che derivano dalla esatta conoscenza dell'individuo cardiaco. Ciò è tanto vero che ho veduto infermi migliorare soltanto per essere stata loro corretta la dieta; e sarebbe necessario che di questo si convincessero i medici.

Il trattamento dietetico deve corrispondere a questo principio generale: – *il cardiaco deve usare la qualità e la quantità della dieta che può essere consumata senza provocare disturbi stomacali e intestinali, senza accrescere le difficoltà della circolazione, sia per il relativo, od assoluto, eccesso della introduzione, sia per i disordini della funzione cardiaca che possono darsi dopo il pasto.* – Questo precetto deriva dalla necessità di mantenere nel cardiaco una esatta proporzione tra la massa sanguigna e la capacità funzionale del cuore, e dalla necessità di sospendere la mala influenza che assai volte esercitano alcuni organi addominali sulla stessa funzione del centro cardiaco.

Sotto questo punto di vista considerati i cardiaci, noterò precisamente, che alcuni hanno funzioni digerenti anche bene indirizzate e non accusano abituali sofferenze addominali; ma tratto tratto si presentano con ingombri viscerali (ingrandimento epatico, scarsezza delle urine, turgescenze emorroidali, catarri bronchiali ecc.) che necessitano una cura minorativa. Allora si ricorre alla dieta lattea, ai purganti, ai diuretici. Ma intanto la dieta fino allora concessa incautamente, non solo ha prodotti questi effetti, altri ne produsse sul centro della circolazione: –

il cuore s'è ingrandito, dilatato *in toto*, o nella metà destra, s'è sconciata la sua funzione e le conseguenze possono essere lievi, ma possono essere altresì delle più dannose a seconda dei casi.

Altri cardiaci per lo contrario sentono le molestie del cibo: dopo ogni pasto sono più, o meno, affamati, provano pesantezza al capo, battito del cuore e dei vasi; possono farsi sonnolenti, sentire meteorismo opprimente, intermittenze fastidiose, dolori precordiali e va dicendo. Ad ogni pasto, massime se non bene regolato per la quantità e la qualità delle vivande, avviene una generale perturbazione idraulica, alla quale succedono altre funzionali alterazioni più o meno profonde e durevoli negli organi, nei quali queste morbose circostanze hanno luogo in maggiori proporzioni, ad ogni pasto quindi si aumentano gli effetti del vizio cardiaco; effetti che saranno miti, o gravissimi a seconda dei casi. E se in questi casi si esaminerà diligentemente il cuore, si troverà che cogli effetti surricordati han luogo aumenti dell'area cardiaca in quella proporzione che dinotano la debolezza del miocardio intero e di alcune sue parti. In questi casi i cardiaci vengono consigliati a pratiche medicamentose giornaliere, che hanno lo scopo di elidere la dannosa influenza di una dieta male ordinata. – È, dice *Bauer,* della più alta importanza precisare la dieta che occorre agli individui ammalati; ma quantunque banale questa sentenza teorica, pure, come osserva *Hoffmann,* non ancora ha trovato la sua pratica applicazione.

Affinchè questa corrisponda alle esigenze generali del vizio cardiaco noi dobbiamo proporci:

1.° Diminuire, se è mestieri, la massa del sangue e

sopra tutto la quantità dell'acqua nel cardiaco; quindi una dieta appena sufficiente, eletta, di facile digestione, che non accenda la sete; una dieta che valga appena ai bisogni della nutrizione; se è possibile asciutta. Tutto questo allo scopo che non avvenga nè replezione del ventricolo, nè aumento di pressione addominale, nè sovverchio riempimento del sistema vasale assorbente, affinchè il ricambio molecolare sia ridotto al minimo possibile.

2.° Limitare l'uso dei feculenti, delle sostanze grasse, delle aromatiche. Le sostanze grasse, giusta quanto dimostrarono le esperienze di *Pettenkoffer* e *Voit*, non vengono che in parte utilizzate dall'organismo in istato di riposo; e possiamo andare sicuri, che potranno danneggiarlo, quando per essere alterata la circolazione, procederanno lentamente i fenomeni della combustione e delle secrezioni. Le sostanze aromatiche, le quali in generale sono gradite al gusto e talvolta eccitano l'appetito, sogliono facilmente irritare la mucosa dello stomaco e accrescere le iperemie epatiche.

Queste indicazioni generali devono essere soddisfatto con speciale criterio nei singoli casi. Io ho indicato due categorie di cardiaci nei quali la ragione di molti sintomi secondari deriva o dall'eccesso della introduzione, o dalle sofferenze dell'apparecchio digerente. Devo ora avvertire che in pratica le cose non sono sempre cosi nette e chiare come si descrivono, e che nei singoli casi può trovarsi un concorso di cause che concorrono ad aggravare il vizio cardiaco e che quindi conviene saggiamente interpretarle, affinchè il rimedio terapeutico corrisponda a pieno alle esigenze.

La dieta minorativa deve anzi tutto essere prescritta

nelle persone corpulente e che hanno abbondanti raccolte di grasso. All'incontro una dieta sufficiente, non mai superiore al reale bisogno, verrà ordinata agli individui che hanno segni evidenti di oligocitemia. — In questi se hanno tendenza agli edemi, come in quelli, converrà che la dieta sia piuttosto asciutta.

In quei casi nei quali si accusano segni manifesti di alterazione dello stomaco o del tubo intestinale, io sono convinto che prima di imporre o di permettere all'infermo la dieta che sarebbe richiesta dalle condizioni generali, giova allontanare le alterazioni intestinali, le quali costituiscono complicazioni dannosissime; non solamente perchè ad ogni pasto insorgono fenomeni cardiaci che col lungo ripetersi diventano sempre più gravi; ma anche perchè accelerano le alterazioni secondarie della crasi sanguigna e quindi la cachessia cardiaca.

In ogni vizio cardiaco, anche apparendo sufficientemente compensato, ho sempre trovato utile insistere presso gli ammalati affinchè evacuino normalmente l'intestino e le urine sieno sempre abbondanti. Questa pratica corrisponde a scopi fisiologici da non perdersi di vista: normalizzare la funzione intestinale; mantenere la proporzione dell'acqua nel sangue adeguata alle condizioni morbose.

La dieta lattea mi ha servito in molti casi; ma devo dire che come avviene di rimedi che sogliono produrre buoni effetti, assai volte si abusa di questa dieta, perchè s'amministra senza che v'abbiano le maggiori indicazioni. Anzi talora ho trovato che la prescrizione della dieta lattea era contrastata fortemente da una controindicazione che non ammette teorie - la intolleranza dello stomaco

anche in persone che pure dovrebbero dall'uso del latte avere notevole vantaggio. - Non c'è verso, in questi casi bisogna ricordarsi come dice *Fonssagrives*, che ciascuno ha il proprio stomaco.

Quando occorre diminuire la massa sanguigna, la dieta lattea si presta all'uopo: si sa che come alimento per l'adulto il latte è insufficiente e d'altra parte è provata la sua virtù come diuretico; quindi quand'è tollerato ponno attendersi dalla dieta lattea ottimi effetti curativi.

I cardiaci nei quali ho veduto risultati migliori sono quelli nei quali notava molto sviluppato il ventre, con fegato intumidito e urine scarse e giumentose: i quali fatti evidentemente accennano a complicanze epatiche e renali, che non stanno in ralazione colla entità del vizio cardiaco, ma, come abbiamo veduto dall'esame dei casi pratici in principio del presente articolo, dipendono in gran parte da speciali disposizioni organiche de' pazienti. E tanto più manifesta sarà in codesti casi l'indicazione della dieta lattea se sapremo che i pazienti hanno avuto tendenza, od abitudine, ai disordini della tavola. Si può dire che in questi casi l'indicazione della dieta lattea è triplice, perchè il vizio cardiaco, la congestione del fegato e la stasi renale, colle conseguenze che in questi organi si manifestarono, sono concordi nel richiedere lo stesso trattamento dietetico. Giustamente *Hoffmann* in un ottimo lavoro sul Zeitschrift f. d. Klinsch. mediz. (B. VII, Supplementheft) dice, che il latte non è solo un alimento, ma anche un vero rimedio.

Ho veduto che quando la dieta lattea assoluta è bene tollerata si ottengono effetti migliori e più pronti; così pure ho veduto che a rendere più tollerata la dieta giova

raccomandare che la quantità di latte da consumarsi venga somministrata, dirò così, epicraticamente.

In alcuni casi la dieta lattea fa l'effetto di una cura purgativa; e questo non si deve ritenere *a priori* nè utile, nè dannoso, potendo essere o dannoso, od utile a seconda delle circostanze. — Se trattasi d'un vizio cardiaco non ancora arrivato a fasi innoltrate con segni manifesti di stasi specialmente addominali, gioverà l'effetto purgativo della dieta lattea; mentre porterà danno al cardiaco nel quale si sono pronunciate espressioni di alterazione discrasica con edemi recidivi ed in ultimo ribelli alle altre cure.

Talvolta s'incontra non lieve difficoltà ad usare la dieta lattea nelle speciali condizioni dello stomaco. Questo può essere dilatato, può scarseggiare la secrezione peptica, o l'acido cloridrico. Non bisogna insistére ad oltranza nella prescrizione della dieta lattea, se non modificandola nel modo che si prescrive nelle affezioni dello stomaco, senza di che il paziente non potrà averne vantaggio.

Io credo che sia conveniente inculcare ai pazienti la massima di fare ritorno alla dieta lattea assoluta di quando in quando seguendo questo metodo: — se dopo alcuni giorni di dieta mista l'ammalato s'accorge di qualche maggiore gonfiezza del ventre. o di minore abbondanza delle urine, e di lentezza nelle funzioni escretrici dell'intestino, dovrà accelare le dejezioni con qualche pillola disoppilativa e dopo darsi alla dieta lattea finchè veda ricomporsi l'equilibrio circolatorio e funzionale. Alcuni ammalati guidati su questa linea di condotta diventano osservatori attentissimi e imparano a prevenire il ritorno di certe recrudescenze sintomatiche anche prima che si

pronuncino i fenomeni ora indicati: guardano al colorito del volto, o quello del bulbo dell'occhio; vi trovano le traccie medesime che si vedono negli ammalati di fegato e basta ciò per determinarsi al mutamento dietetico da cui tornano a ritrarre per tempo maggiore, o minore, il solito vantaggio,

Quanto al trattamento ginnastico, pronosticato già da *Stokes* ed oggi da altri con a capo *Ortel* tanto caldamente raccomandato, credo che sia mestieri intenderci bene su ciò che vogliamo significare colle parole trattamento ginnastico. Nell' ultimo congresso medico di *Wiesbaden* il Dott. *Franz* ha riaperta la questione come si comprende al solo titolo della sua relazione: — *Muskelarbeit oder Ruhe für Herzkranke* (Verhandlungen d, Congres. f. innere Medicin. Wiesbaden 1887. p. 378). - L'A. si dichiara convinto che ai cardiaci abbia a giovare il lavoro muscolare e salire il monte. Ma qualche caso pratico e parecchi argomenti teorici non valgono a risolvere una così grave questone. *Leyden* medesimo, pur riconoscendo l'importanza della tesi, non potè accogliere i concetti del relatore, cui saviamente osservò non potersl dimenticare che tutti i vizi cardiaci non presentano le stesse indicazioni e quindi, rispetto al lavoro muscolare, corrispondono a differenti possibilità.

Da questi brevi cenni si comprende, che per trattamento ginnastico si deve intendere *l'esercizio metodico muscolare diretto allo scopo di fare agire il muscolo cardiaco, perchè possa effettuarsi quella condizione di nutrizione e funzionalità di esso che si dice compensante.*

Ma si comprende parimenti, che il lavoro muscolare

quale mezzo fisiologico eccitatore della funzione miocardica, anche metodicamente esercitato, può essere dannoso al vizio cardiaco; - basta rammentarci dei fatti che tuttodi ci offre la pratica.

Noi quindi possiamo ammettere, che la ginnastica sarà indicata in alcuni casi di vizio cardiaco e controindicata in altri.

Questa differenza che passa tra i diversi vizi cardiaci è determinata non già dal genere del vizio, ma dalle speciali condizioni fisiopatologiche del cuore e dell'organismo. In fatti io posso citare vizi che si dicono da insufficienza mitrale, da insufficienza delle valvole aortiche, da stenosi aortica ecc. che si comportano ben differentemente al trattamento ginnastico. - Cito due casi di stenosi auricolo - ventricolare sinistra in due donne giovani, delle quali una va a marito, ingravida, partorisce e dopo viene da me visitata e consigliata alla cura dietetica ed alla dimora sui colli; dopo 5, 6 mesi aveva migliorato notevolmente. L'altra era costretta al riposo, perchè ogni esercizio muscolare accresceva l'ansia del respiro ed aggravava le condizioni circolatorie. - Un caso d'insufficienza mitrale m'offiriva fenomeno di gravezza singolare in un giovane presso che ventenne. Migliorato uscì dalla clinica incapacissimo di qualsiasi lavoro; tornato in clinica offriva sintomi anche di stenosi auricolo - ventricolare sinistra e, riordinato il circolo, usciva nuovamente per rientrare alcuni mesi dopo, quando mi parve si alterasse l'endocardio delle valvole aortiche. Di nuovo migliorato tornò a domicilio e questa volta resistette a qualche lavoro muscolare, nel quale perseverò senza conseguenze di sorta per più di un anno. Passò tutto quest'inverno senza

gravi disturbi proseguendo il suo lavoro giornaliero proporzionato alla sua capacità e solo durante gli ultimi sconcerti stagionali provò qualche disturbo per cui venne a chiedere consiglio. Questa giovane non era quasi riconoscibile: era pienamente sviluppato il corpo e presentava ottime proporzioni; non aveva aspetto cardiaco, appena accusava discreto cardiopalmo, respiro un po' greve, inappetenza e senso di tensione all'addome. Pochi giorni di riposo assoluto, qualche diuretico ricondussero lo stato primiero. Il cuore del paziente esaminato con molta diligenza e confrontati i risultati dell'esame ultimo con quelli dei precedenti si potè constatare una modificazione importante anche nel cuore. I rapporti primitivi del cuore coll'organismo si poterono rappresentare così: ottusità cardiaca sproporzionata rispetto lo sviluppo dell'organismo; - i rapporti ultimi invece come segue: ottusità cardiaca proporzionata allo sviluppo dell'organismo. Prima il vizio cardiaco era semplice, poscia si fece composto: ma prima dominavano condizioni per le quali il cuore doveva necessariamente dilatarsi; più tardi a poco a poco, malgrado procedesse il vizio e si estendesse l'alterazione endocardiale, le condizioni del miocardio permisero una diversa funzione, indi nutrizione corrispondente per cui sparvero gl'indizi dellla dilatazione o si sostituirono da quelli della ipertrofia compensatrice.

Questo caso, del quale avrò occasione di discorrere più lungamente recando particolari interessantissimi quando tratterò dello *sforzo cardiaco*, dice da solo quello che potrei trarre da molti casi. Qui si vede come lo stesso vizio, a seconda della fase nella quale si trova, presenta

indicazioni diverse, perchè diversa è la tolleranza del cuore per il lavoro muscolare.

Si hanno vizi cardiaci, i quali indipendentemente da cura qualsiasi possono durare anche lungo tempo quasi non avvertiti, perchè sono tali le condizioni del viscere e dell'intero organismo che non si oppongono alla più opportuna compensazione. – Ciò si verifica specialmente per la insufficienza delle valvole aortiche. Ho raccolto casi importanti di questo genere. Ricordo un giovane ingegnere che era curato per tisi incipiente perchè presentava tosse, sputi sanguigni e dimagramento, mentre aveva come esito di endocardite una incipiente insufficienza delle semilunari aortiche. Questo signore, consigliato da me al riposo assoluto, alla riforma della dieta ed alla presa quando a quando di qualche diuretico, migliorò gradatamente da acquistare aspetto e benessere di florida salute. Desideroso di ridursi all'esercizio della professione, mercè i riguardi che erano necessari, non provò gravi difficoltà; crescendo mano mano la confidenza del paziente nelle sue forze, fece viaggi, andò al nuoto ed a feste da ballo. In un viaggio da Firenze a Milano durante il verno infermò di pneumonite, durante la quale ebbe sputo emorragico per alcuni giorni di seguito. Guarì complettamente senza che si sconciasse, come avviene per vizio cardiaco, la funzione circolatoria. Il rumore alla base era fragoroso e accompagnato da un fremito che il paziente stesso avvertiva ponendo la mano sullo sterno; l'ipertrofia del ventricolo sinistro riconoscibile al forte impulso dell'apice sul 6.° spazio intercostale all'interno della linea emiclaveare. — Malgrado le mie reticenze questo signore prese moglie e da più di un anno godeva la vita coniugale,

quando venne preso da grave otite cui seguì meningite letale.

Dopo questo caso che è singolare, ricorderò appena altri sette dello stesso genere, nei quali però, malgrado un compenso nelle condizioni del cuore per cui erano evitate le diuturne sofferenze, sussisteva una relativa intolleranza per gli esercizi forzati dei muscoli; ma che ciò nulla meno durarono anni ed anni. E considerando le vicende di questi casi viene naturale la conseguenza, che il trattamento ginnastico in essi era utile veramente; e che la tendenza degli ammalati ad agire era secondata da possibilità organiche le quali generarono, dirò così, una specie di istinto regolatore dell'azione muscolare entro i limiti che corrispondevano a quelli stabiliti da una razionale prescrizione terapeutica. Qui l'intervento dell'arte era reclamato quando avveniva qualche grave disordine per difetto d'igiene: — il vizio cardiaco, a circostanze ordinarie, era, si può dire, latente.

Io dunque, essendo convinto che il lavoro muscolare può essere utile in quanto che contribuisca alla eccitazione della funzione cardiaca, quindi alla nutrizione del miocardio, credo che la indicazione della cura ginnastica del vizio cardiaco debba farsi scaturire dalla esperienza nel caso concreto, dalla attenta osservazione fisiologica sul modo di comportarsi del cuore sotto la influenza del movimento.

Colla nostra osservazione poi dobbiamo constatare, oltre i fenomeni subbiettivi per cui viene riconosciuto il grado di tolleranza del viscere alterato ai movimenti, anche fenomeni obbiettivi, che si riferiscono sopra tutto all'area di ottusità cardiaca ed alle modificazioni del polso. L'area

cardiaca non deve ampliarsi; la frequenza del battito non deve di troppo accelerarsi; il polso deve mantenersi della sua abituale pienezza. — *In ragione diretta dell' aumento di ottusità cardiaca, di frequenza del battito, di debolezza del polso, che si manifestano dopo il lavoro muscolare fatto eseguire a scopo di esperimento clinico, si fa palese la controindicazione per il trattamento ginnastico*, o vengono suggeriti quegli accorgimenti e quelle misure prudenziali colle quali deve condursi la cura ginnastica.

In alcuni casi è possibile stabilire l'indicazione per la cura ginnastica anche colla sola esplorazione plesica estetoscopica del viscere: quando cioè l'area di ottusità è così conformata da potere scorgere che delle diverse parti componenti il cuore neppur una si presenta eccessivamente dilatata. E ciò vale tanto per il ventricolo destro che per il sinistro; tanto per l'orecchietta destra che per la sinistra. Se esistono straordinarie sproporzioni nelle parti suddette, anche se il vizio cardiaco non fosse di antica data, palesa una condizione che non è favorevole a quell'equilibrio funzionale che permette l'esercizio muscolare e coll'esercizio muscolare deve maggiormente stabilirsi. A norma poi che si trova lo stato anatomico del cuore, si hanno diverse condizioni stetoscopiche le quali si riferiscono alla validità dell'impulso ed alla modalità della funzione, momenti fisici che valgono, come è noto, a modificare il carattere dei rumori e qualche volta anche a determinarne la presenza.

Oltre queste condizioni del cuore, anche altre, come dissi, riferibili all'organismo, devono considerarsi dovendo indicare il trattamento ginnastico. Queste ultime sono di

due specie: le une appartengono alla innervazione, le altre alla massa generale del sangue.

Quanto alla innervazione, ammetteremo, che in alcuni cardiaci è così erettistica, oppure così torpida, da non corrispondere per due modi opposti allo scopo della cura ginnastica. Chi ha pratica nell'uso dei rimedi interni, non abbisogna di molte spiegazioni in proposito; d'altronde se noi paragoniamo il modo di comportarsi di due cardiaci sotto lo stesso atto, od esercizio muscolare, immediatamente ci convinciamo che sebbene le condizioni del vizio e del muscolo cardiaco possano corrispondere, pure quella che dirò energia funzionale dell'uno è maggiore o minore di quella dell'altro.

Queste condizioni nervose talora sono tali che fanno sospettare anche più grave il vizio cardiaco. Fortunatamente qualche volta si possono rimovere con una cura appropriata; ma se non saranno rimosse, non credo giovi forzare l'attività cardiaca mercè il lavoro muscolare.

Per ciò che riguarda alle condizioni generali della massa del sangue, ricorderò quanto ho esposto circa la indicazione generale che presentano i vizi cardiaci. Ho potuto convincermi, che insistendo una certa sproporzione tra la quantità della massa circolante e la capacità del cuore, l'azione muscolare è sempre imbarazzante l'attività del cuore. Se poi consideriamo i rapporti che passano tra l'attività cardiaca e il ricambio materiale, si comprende la importanza di questo momento clinico, nel quale si deve provvedere affinchè l'organismo si nutra il meglio possibile e nello stesso tempo venga utilizzato il trattamento ginnastico per garantire il mantenimento nell'equilibrio circolatorio, quindi in tutte le funzioni vegetative.

Per questo esaminando attentamente le storie cliniche, si vede come il trattamento dietetico ed il ginnastico abbiano ad armonizzare fra di loro; mentre in alcuni casi il miglioramento indotto per la sola cura dietetica si spiega perchè vengano scemate le interne pressioni al cuore e quindi avvalorate le sue attività; dall'altro si osserva, che quando il cuore tollera una certa cura ginnastica, riesce a vincere alcune difficoltà anche senza l'intervento della cura dietetica. Ciò naturalmente avviene quando non è urgente il caso di provvedere mediante questa, e quando non è affatto controindicato il trattamento ginnastico.

Pertanto noi dobbiamo considerare il trattamento ginnastico sotto un altro aspetto: quello della eccitazione cardiaca che può ottenersi in altri modi, senza l'intervento dell'esercizio muscolare. Quest'altra maniera di ginnastica cardiaca è necessaria tutte le volte che l'esercizio muscolare non è possibile; anzi, secondo la mia esperienza, deve precedere il trattamento ginnastico propriamente detto.

Io alludo all'impiego di quei mezzi diretti ed indiretti, coi quali si può ottenere una maggiore eccitazione del muscolo cardiaco. I quali mezzi sono medicinali e meccanici. Ai primi appartengono tutte le sostanze che hanno un'azione diretta sui muscoli e sui nervi del cuore: dalla digitale alla sparteina, allo strofanto e, meglio ancora secondo me, alla stricnina. Ai secondi appartengono le fasciature delle estremità fatte in modo che riescano gradatamente espulsive. Si ha poi un altro mezzo che dirò misto, il quale agisce meccanicamente e dinamicamente, che è il massaggio.

Non voglio entrare nel discorso dei medicamenti car-

diaci, perchè avrò migliore occasione per ciò: dirò qualche cosa della fasciatura espulsiva.

La fasciatura espulsiva delle estremità è senza dubbio da considerarsi un mezzo utile a promuovere la ginnastica del cuore. Quante volte l'ho prescritta a modo di esperienza terapeutica, ho ottenuto modificazioni diverse nell'attività cardiaca a norma delle condizioni morbose. Se il cuore è ammalorato assai, il miocardio dilatato e distrofico, sotto l'influenza della fasciatura generalmente crescono le sofferenze del paziente: cresce l'affanno, l'oppressione ai precordi, la frequenza del polso ecc. In qualche caso nel quale esperimentai la fasciatura espulsiva per curare gli edemi, ho constatato, oltre i fenomeni precedenti, una secrezione sierosa intestinale che si ripeteva ogni volta che si rifaceva la fasciatura.

Si possono spiegare questi fatti senza ricorrere a teorie: la fasciatura espulsiva fa ostacolo alla circolazione periferica, accresce la pressione interna nel sistema aortico e a questo tien dietro la naturale conseguenza, che se il cuore è capace di maggiore attività, questa viene suscitata a vincere l'ostacolo circolatorio; nel caso contrario l'aumentata pressione interna ai vasi arriva a farsi sentire sulle pareti cardiache e ne abbassa la funzionalità.

Ma se il cuore può corrispondere all'invito a più intensa attività, si sopraeccita favorevolmente e nel periodo di sopraeccitazione - che può protrarsi a volontà secondo i casi - aumenta la pressione arteriosa nei luoghi dove la circolazione è libera affatto, quindi anche nei reni; così avviene che nei casi favorevoli anche l'accresciuta secrezione urinaria è indizio sicuro dell'effetto ginnastico desiderato.

Io spero di potere confortare questi fatti con altri che dimostreranno in modo più evidente l'opportunità della fasciatura espulsiva sia come mezzo diagnostico, sia come mezzo di trattamento ginnastico del cuore. Pertanto per le cose esposte in questo articolo credo doversi ammettere: che il vizio cardiaco vuol essere considerato non solo nella sua specialità di semplice insufficienza, o di stenosi, o nella combinazione di diverse alterazioni oriche e valvolari, ma dev'essere studiato eziandio in quelle condizioni dalle quali nei casi singoli la sintomatologia apparisce influenzata in modo particolare; condizioni che sono inerenti alla possibilità del compenso, alla innervazione locale e generale, allo stato della massa sanguigna ed alla funzione degli organi della digestione. Per la qual cosa può dirsi, che il vizio cardiaco è quale dev'essere secondo lo sviluppo primitivo del cuore e secondo le diverse condizioni di sviluppo e di funzione delle altre parti dell'organismo che stanno in diretto rapporto colla funzione cardiaca. Si comprende come dopo la diagnosi di stenosi o d'insufficienza resti ancora molto da sapersi per avere del vizio cardiaco esatta conoscenza, per spiegare fisiologicamente i sintomi e comprendere le migliori indicazioni curative.

Sopra alcuni stati morbosi complessi.

Sommario. — Opportunità di correggere il metodo della diagnosi di certi stati morbosi complessi. — Affezioni cerebrali con affezioni emorroidali; con alterazioni dei gangli cervicali del simpatico. — Affezioni polmonali in bevitori; come procedere per riconoscere gli effetti dell'alcool: come l'abuso relativo degli alcoolici ingeneri affezioni polmonali, loro modo di manifestarsi, programma di cura; varietà cliniche.

Non raramente avviene, che una persona pervenuta all'età adulta, o presso alla vecchiaia, perda la prisca vigoria e presenti una serie di sofferenze vaghe, riferentisi a diverse parti dell'organismo, finchè, prima o poi, si dichiara una vera malatia di un organo. All'apparire della relativa sintomatologia, viene da questa assorbita quasi per intero l'attenzione del medico; si diagnostica la malatia e si passa sopra su tutto il resto, che spesso, con qualche sforzo di teoria, si giunge a giustificare, o si tiene sommariamente come naturale conseguenza della malatia diagnosticata.

Ciò facendo si commettono due errori — uno di metodo, l'altro di osservazione.

Il primo consiste in questo, che generalmente si ammette che quando si volge la malatia di un organo, debba il resto dell'organismo parteciparne, senza ricordare che

nel modo col quale le altre parti dell'organismo possono entrare in istato di compassione, nel caso concreto dimostra una speciale morbilità di queste parti medesime, quindi l'esistenza non di soli sintomi secondari, ma di vere complicanze morbose.

Il secondo errore, come dissi, è d'osservazione. Si comprende come l'errore di metodo possa generare quello di osservazione, che consiste nel non apprezzare sufficientemente la sintomatologia dell'altre parti dell'organismo di fronte a quella della malatia predominante. Ciò nulla meno non rare volte avviene, che i sintomi, così detti secondari, prendano tale incremento da generare quasi un lavoro di resipiscenza da parte del medico, il quale di fronte alla insorta complicanza ricorda qualmente il tale fenomeno o tal altro fatto non fossero a tutto rigore quali nei casi ordinari di quella malatia sogliono incontrarsi.

Allora si corregge l'osservazione; ma non mi sembra che si arrivi generalmente a correggere il metodo; per questo certi stati morbosi complessi non si rilevano nella loro interezza, o si denunciano secondo concetti patogenici per lo più ipotetici e qualche volta, in luogo di una diagnosi, non si fa che una enumerazione di sintomi senza concludere sulla natura, nè sulla base anatomica dei processi morbosi,

Egli è innanzi a questi casi che si scredita qualche volta l'opera del medico, perchè non essendo logicamente posti i termini delle possibili questioni patologiche, necessariamente il ragionamento terapeutico, come il pronostico, zoppica, quando non cade, in mezzo alle più patenti smentite.

E tanto più ragionando di questi casi morbosi complessi sento di deplorare, che non da tutti sia compresa la dignità, come non da tutti sieno riconosciute le difficoltà dell' esercizio clinico; sì che leggermente si comportino di fronte a questi casi e medici deficienti di cultura, e chirurghi inetti all' ardua ginnastica dell' osservazione e del pensiero, necessari per elaborare il difficile diagnostico, precisamente come necessaria è la singolare perizia per l' esercizio dell' arte chirurgica. Ricorderei con *Boerhaave* tutte le difficoltà che si incontrano innanzi ai *morbi non descripti*, chè di questi, dei quali intendo occuparmi, non diedero, nè danno, gli Autori sistematica trattazione.

Troppo lungo sarebbe riferire dettagliatamente i casi pratici: gioverà meglio al mio scopo e sarà più confacente alla natura del libro riassumere, in forma sommaria, i casi distribuiti per gruppi e trarne i concetti pratici.

1.° *Affezioni cerebrali.* — Sotto questa denominazione comprendo diverse modalità dell' emorragia cerebrale risultante colla emiplegia o meno. Qui non è questione della diagnosi dell' affezione cerebrale, ma piuttosto di riconoscere come nei casi che considero, questa diagnosi non renda idea esatta della condizione patologica e invece la stessa alterazione intracranica subisca da altre circostanze inerenti all' organismo una particolare espressione.

Principierò a distinguere i casi di emorragia cerebrale che offrono segni indubbi di alterazione vascolare arteriosa diffusa, da quelli nei quali le ricerche più diligenti non pervennero a constatare lesioni ateromatose nè del centro circolatorio, nè delle arterie periferiche. Or bene sotto

questo punto di vista considerando l'andamento del processo morboso, trovo fatti importantissimi, i quali dimostrano:

1.° che malgrado l'assenza di alterazioni vascolari diffuse e certe, il decorso e l'esito della malatia possono essere influiti da altri momenti patologici, che vennero presso che obliati.

2.° che l'igiene e la cura di questi casi avrebbe tratto argomenti di maggiore, o di differente attività, prendendo in considerazione alcuni fatti che concomitarono e anche precedettero lo stesso avvenimento della emorragia cerebrale.

La dimostrazione di questi due asserti viene dai seguenti fatti:

Caso 1. *Apoplessia cerebrale in giovane di 27 anni. Emiparesi destra, parziali contratture dell'arto superiore.* — Quando fui invitato a vedere il paziente, si lamentavano le facili iperemie cerebrali, contro le quali erano state adoperate indarno le sanguisughe ai processi mastoidei, i bagni freddi al capo e qualche altro rimedio interno. — Coll'esame, oltre i fatti relativi alla affezione cerebrale, rilevai: al petto catarro bronchiale diffuso, modica ipertrofia del ventricolo sinistro, fegato che oltrepassava i limiti normali, stitichezza abituale, prurito all'ano, urine piuttosto scarse sebbene chiare e limpide.

Questo ammalato passava per essere affetto della sola lesione cerebrale; ma evidentemente aveva altri fatti morbosi importanti. Si lagnava della dispepsia, di algie qua e là qualificate per dolori reumatici e sopra tutto delle accensioni al capo che portavano cefalea gravativa, ora con insonnia, ora con sonnolenza straordinaria e tutto

ciò veniva attribuito alle conseguenze della emorragia cerebrale.

Per lo contrario la diagnosi andava corretta nel modo che segue: *Emorragia cerebrale in soggetto emorroidario con relative alterazioni dell'apparecchio digerente.* — È ben diverso il caso quando dal concetto della malatia cerebrale si vuol cavare la spiegazione di tutto, dall'altro caso nel quale invece si vede un complesso di elementi morbosi tra di loro influenti ed aggravantisi.

E qui credo opportuno osservare, che veramente non è sempre facil cosa discernere quando alcuni fenomeni che potrebbero essere secondari, devono riguardarsi per lo contrario come complicanti. In vero, se in un emiparetico, il quale, per motivi facili a dirsi, viene impedito dall'esercitare nel modo migliore le proprie funzioni e condannato a relativa inerzia, si alterano le funzioni digerenti, suole comprendersi ciò come una necessaria conseguenza della malatia. — Se in questa si stabiliscono ricorrenti fenomeni nervosi, o sotto forma di algie, oppure di disturbi gastrici ecc., si trova naturale supporre che ammalato essendo il centro della innervazione, il rimanente ne è legittima conseguenza.

Eppure non sempre così procedono le cose: in altri casi di postumi alla emorragia cerebrale non si hanno simili conseguenze; per questo quando esistono, io sento la necessità di investigare se per avventura possono ripetersi da altra causa. Quindi nel caso concreto, riconoscendo una condizione emorroidale colle sue solite efficienze morbose, vengo a constatare non solo fatti che per sè valgono a produrre i sintomi male a proposito fatti derivare dalla lesione cerebrale, ma fatti importantissimi

ancora perchè possono direttamente ed indirettamente contribuire ad aggravare la stessa lesione cerebrale.

Dissi che questa parte della diagnosi non è sempre facile; pure abbiamo qualche criterio che la può agevolare. — Un criterio deriva dell'anamnesi: — se saremo diligenti nel raccogliere i fatti precedenti la lesione cerebrale ed accorti nel giudicarne il valore, troveremo, che gli uni o gli altri fatti morbosi complicanti avranno preesistito, che dopo l'avvenimento potranno anche essere accresciuti e che prima, o poi hanno portato non indifferente, tributo di causa alla insorgenza di speciali sintomatologie, che anche indipendentemente dall'alterazione cerebrale sarebbersi manifestate.

Le emorroidi sono, a mio avviso, una base anatomica sopra la quale si erige una sterminata coorte di sintomi, che da sè possono costituire una particolare infermità. Sono noti a tutti i disturbi di mille guise che si hanno nell'apparecchio digerente; ed oltre questi bisogna noverare quelli che possono darsi da parte del sistema nervoso, a seconda degli individui. Checchè si dica da alcuni, i quali a torto pensano che debbasi fare una caricatura delle preziose note a noi lasciate da clinici della passata età, su questo argomento, io credo che, lungi dalle esagerazioni, lo studio delle sofferenze emorroidali è tra quelli importanti. Non è qui che debba estendermi a dimostrarlo; ma i fatti proveranno che nel caso concreto aveva colpito nel segno e trovata la maniera per migliorare le condizioni del paziente. - Pensava che da un lato le manifestazioni dispeptiche, dall'altro la efficienza delle emorroidi direttamente ed indirettamente esercitata, erano la causa per cui il paziente sottostava alla minaccia quasi permanente di ul-

teriori emorragie cerebrali e di progressivo peggioramento della precedente. D'altronde il centro della innervazione turbato alla sua volta da queste influenze avrà senza dubbio concorso anche a produrre qualche fatto relativo allo stomaco, alla sensibilità generale ecc.

Ma oltre l'anamnesi remota anche le notizie attuali sul modo di comportarsi dei fenomeni morbosi ritenuti secondari possono offrire criteri utili alla diagnosi. In vero le diligenti ricerche fanno constatare, che i sintomi del capo e quelli che direttamente ne dipendono, succedono ad un aggravamento delle condizioni emorroidali. Dopo alcuni giorni di intemperanza nei cibi, oppure dopo che dura più a lungo del solito la costipazione addominale, e qualche volta quando coll'inappetenza, colle urine scarse, col turgore epatico, colla depressione generale, colla scomparsa del benessere, si annuncia un progressivo modificarsi delle secrezioni, una specie di torpore circolatorio viscerale ed un reale mutamento nelle condizioni funzionali del cuore, che sì fortemente contribuisce a mantenere equilibrata la generale circolazione e quella in particolare della massa cerebrale. L'avvicendarsi di questi fenomeni spesse volte non è così accentuato da farsi riconoscere a chi non ha l'occhio e la mente intenti a sorprenderli; per questo non vengono afferrati se non quando si pronunciano in modo straordinario, ed anche quando vengono afferrati, sono frequentemente spiegati ben altrimenti. Pure come la loro origine è nella condizione emorroidale, così il loro influsso va a danno della lesione cerebrale.

Mutiamo registro all'ammalato. — Inutile, o quasi, il ghiaccio al capo, il sanguisugio ai processi mastoidei. Giova, anzi è urgente il sanguisugio all'ano, un pur-

gante salino, i diuretici. – Con questi mezzi si allontanano i fenomeni insorti; – poi colla modificazione opportuna della dieta, che deve essere rigorosamente proporzionata al consumo dell'organismo, col sopprimere la stipsi, col favorire la secrezione urinaria, preverremo i suddetti fenomeni: – impediremo che per la dispepsia abbiano luogo le alterazioni vaso-motorie riflesse al capo; impediremo che per l'eccesso dell'assorbimento intestinale si renda superiore alla norma la turgescenza delle vie circolatorie addominali, quindi rallenti la circolazione reflua di tutte quelle regioni – compreso l'asse spinale – che ha rapporti colla circolazione emorroidale; – impediremo la turgescenza epatica, le aberrazioni funzionali del cuore; e la condizione cerebrale in mezzo alle normalizzate funzioni delle parti surricordate, troverà l'ambiente più opportuno per svolgersi nel modo più confacente alla condizione delle cose. Nel caso concreto gli avvenimenti si condussero come ora ho accennato: quando si sorvegliò l'ammalato in guisa che non si manifestassero ulteriormente le dannose influenze emorroidali, non solo si allontanarono le iperemie cerebrali, ma senza cura speciale per le paresi, queste spontaneamente migliorarono.

Quando a me si presentano ammalati di emorragia cerebrale ed odo parlare delle favolose quantità di ioduro di potassio consumato, delle innumerabili sedute elettriche senza effetto, degli stricnici con appena apprezzabili risultanze – tolto che si tratti di una grave lesione con fatti distruttivi e relative conseguenze – cerco sempre la condizione patologica complicante, ed è raro non la riscontri e non ottenga qualche vantaggio dall'averla in tutto od in parte eliminata.

Occorrono anche casi nei quali l'intervento dell'arte contro l'accennata condizione complicante non arreca verun miglioramento. Allora si tratta di persone troppo avanzate nella età, oppure impossibili a ridursi ai termini igienici e terapeutici migliori. Ma fuori di questi casi la terapeutica può raggiungere risultati anche soddisfacenti uniformandosi al principio della clinica fisiologica, la quale anche contro le malatie di una sola parte dell'organismo deve adoperarsi per mettere in giuoco tutte le altre che possono influirla. È vecchio precetto cotesto, mi sento dire; ma non è altrettanto praticato, perchè è di difficile applicazione. È un vecchio precetto; ma volere, o no, venne paralizzato dalla influenza delle dottrine anatomiche, le quali presero il sopravento in questi ultimi tempi.

Caso II. *Emorragia cerebrale; emiplegia sinistra in uomo di 59 anni.* — Il colpo apoplettico datava da un anno circa. Precedettero fenomeni di cefalea ricorrente, di vertigini, di vapori al capo. È stato precisamente in un accesso di vertigine che tenne dietro al pasto della sera, che il paziente, recandosi a letto, cadde come fulminato. Si ripristinò la coscienza a poco a poco dopo quarantotto ore; dopo dieci giorni si ristabiliva qualche indizio di movimento volontario nell'arto inferiore sinistro, scomparì completamente la paralisi del 7.,° la lingua veniva sporta diritta; il braccio offeso dopo un mese aveva cominciato pure ad eseguire qualche movimento nelle musculature della mano. Mentre pareva che si avviasse così a poco a poco il miglioramento, intervennero fenomeni di iperemia cerebrale, di cefalea, sonnolenza e in parte sparve il miglioramento raggiunto. Succedette poscia una fase di altro miglioramento, ma poi si ripeterono di nuovo

gli stessi fenomeni e così nel corso di un anno quest'alternativa s'era verificata per lo meno sette volte, quando con maggiore, quando con minore intensità.

Non dirò degli indizi più che evidenti di ateromasia che ho riscontrato alla mia visita: l'osservazione sarebbe banale, sebbene sia cosa da rilevarsi, che anche quando si mette in conto questa alterazione vascolare, generalmente ci accontentiamo di spiegarci per essa l'avvenimento della emorragia cerebrale e nulla più.

In questo, secondo me, sta un non lieve difetto di metodo e di osservazione, perchè l'alterazione vascolare può esercitare una data influenza anche dopo che avvenne l'emorragia sull'andamento di questa e perchè alcuni fenomeni, che all'alterazione cerebrale si attribuiscono, meglio spettano alla alterazione vascolare. A convincersi di questo basta ricordare quanto possano modificarsi le correnti idrauliche per il solo fatto dell'ateromasia; certo occorre una certa abilità di osservazione e di critica per attribuire ogni fenomeno alla propria causa. Conseguentemente credo, che quando si consegna la diagnosi di emorragia cerebrale e si è dalla osservazione accertati, che questa non solo quando si determinava, ma anche ulteriormente offriva andamento, sintomi da accagionarsi all'ateromasia, credo, ripeto, occorra segnalare questa associazione morbosa.

Ma ora non si tratta di ciò, sì bene d'un altro fatto che tuttavia sta in rapporto coll'alterazione vasale — un fatto sul quale ho istituito delle ricerche cliniche ed anatomiche, i risultati delle quali ho in due riprese fatti conoscere per le stampe.

Ecco di che cosa si tratta: — Esistano, o no, i segni

ordinari dell' ateromasia dei grandi vasi, può darsi che sieno lese le artericole capillari non solamente del cervello ma anche quelle dei gangli del simpatico cervicale. — Il fatto venne constatato anatomicamente da me ed anche dall' egregio Dott.r F. Frigo già mio assistente ed incaricato espressamente delle ricerche. Mi limito ad accennare il fatto, riservandomi a dire più cose quando discorrerò della endarterite.

A queste ricerche anatomiche fui indotto dalla osservazione di alcuni fenomeni clinici, che stanno proprio in rapporto in casi di emorragia cerebrale di cui mi occupo: e sono vampe alla faccia, senso di peso di calore al capo, cefalee concomitanti ed anche vertigini. I quali fenomeni generalmente ricorrono ad accessi e sono spesso determinati od accresciuti dalle anomalie funzionali dello stomaco o a stomaco digiuno, o a stomaco repleto. I suddetti fenomeni si presentano in modo accessionale, per cui quando in altra occasione ebbi a trattarne vista la loro dipendenza dall' alterazione funzionale dei nervi vasomotori provenienti dai gangli cervicali, segnalai col nome di accessi nervosi vasomotori.

Or bene questi accessi che per ragione di età e di altri fatti fisio-patologici concomitanti, sogliono precedere per più, o meno lungo tempo certi casi di apoplessie cerebrali, costituiscono uno stato morboso che complica le affezioni cerebrali medesime e per la sua importanza non deve essere dimenticato nella formola diagnostica.

Io ho fatto delle osservazioni sotto questo punto di vista, che dimostrano la giustezza del mio asserto. Nel corso di 6 anni anni ho potuto esaminare diligentemente 60 casi di apoplessia cerebrale; dei quali 20 presentavano

i fenomeni di cui ho or ora parlato, prima che avesse luogo la emorragia cerebrale; 17 presentarono gli stessi fenomeni in seguito all'emorragia cerebrale. — Come nei primi venti gli accessi vasomotori segnalarono il decadimento degli individui che divennero poscia apoplettici, così nei 20 e nei 17 gli stessi accessi vasomotori dimostrarono maggiore o minore influenza, sempre dannosa, sulle condizioni cerebrali.

In 23 casi non ho constatato nè prima, nè poi, i detti accessi vasomotori. Considerando ora l'andamento della malatia nei primi e nei secondi noi rileveremo notevoli differenze. — In questi, fatta astrazione dalla diversa estensione e sede del focolaio, vedi in generale una inalterabile monotomia di sintomi, tanto se la malatia volge al miglioramento, quanto se, permanendo le paralisi, si stabilisce la cronicità di questa. In quelli per lo contrario qualunque sia la sede, la estensione dell'alterazione cerebrale, abbiamo un continuo oscillare di sintomi: ora crescono minacciosi, ora si complicano colle facili emormesi - mi si permetta questo vocabolo - cerebrali; quando s'aggravano i fenomeni nel campo delle paralisi, quando si altera la funzionalità delle parti del lato opposto, quando si accentua un pervertimento psichico con esasperazioni che stanno in rapporto colle condizioni della circolazione cerebrale influita dalla alterata funzione dei gangli.

Ora riportiamoci al caso pratico, dove l'anamnesi ha precisamente dimostrato la precedenza degli accessi vasomotori, dove l'andamento dei sintomi cerebrali, palesemente contrastato dalle facili e tumultuarie alterazioni della innervazione vascolare, in luogo di procedere verso il miglioramento, oppure di determinarsi alla solita cro-

nicità. si mostra così irregolare, ora per inopinate gravezze, ora per inesplicabili bonaccie. É certo che se altri fatti mor» osi non avessimo in fuori di quelli costituitisi nella massa cerebrale, le fasi della lesione dovrebbero succedersi nel modo che vediamo nei casi ordinari. É vero che, dato un focolaio anatomico, possono succedere i così detti fenomeni irritativi secondari; ma anche questi, si sa, che hanno un'altra maniera di comportarsi: - o sono rapidi, acuti, o sono lenti nel manifestarsi, ma seguenti, progressivi. La qual cosa nel caso nostro non si verifica affatto.

Nel caso nostro, entrando a scandagliare minutamente l'igiene dell'infermo, si apprende qualche altra cosa che è bene mettere in conto: - nei periodi di miglioramento fa uso di una dieta troppo abbondante; viene il giorno nel quale dopo il pasto i fenomeni vasomotori surricordati si fanno più insistenti, più intensi e qualche volta si ricorre ad un purgante e con questo si modifica lo stato delle cose. Per altro continua l'abitudine dei pasti non affatto igienici e viene poi il giorno del peggioramento durante il quale si è costretti a sottrarre il cibo, ed a ripetere la purgagione. Scorsi alcuni altri giorni i fenomeni insorti si dissipano; continuano più o meno intensi gli accessi vasomotori, ma per alcun tempo ancora non raggiungeranno il grado di gravezza maggiore.

Queste circostanze, mi pare non dovessero sfuggire e, studiatane la patogenesi, io poteva, in base alle risultanze delle mie ricerche, concludere, che la diagnosi del caso era da formularsi così: *Apoplessia cerebrale, emiplegia sinistra, alterazioni vasomotorie aggravanti da lesione dei centri cervicali del simpatico.*

So che questo metodo mio di procedere non va a sangue a tutti, perchè non si sanno fare tutti una medesima convinzione sui fatti dell'anatomia e fisiologia umana; perchè mentre si applica tante volte a casaccio una teoria qualunque, è difficile concepire l'idea esatta di fatti, che non sono del dominio della generale esperienza. Ma so del pari, che quelli ai quali l'esercizio della professione è scuola incessante, perchè retti da spirito di osservazione e sciolti da qualunque impegno dogmatico, hanno constatato le circostanze di cui ho tenuto fin qui parola – cioè; che sonvi apoplettici i quali non presentano gli accessi vasomotori; che vi sono altri che li presentano; che questi ultimi sono generalmente più esposti a recidive, a complicanze che attraversano il decorso anche di focolai non estesi.

Si tratta propriamente di uno stato morboso concomitante l'emorragia cerebrale, avente la sua base anatomica nell'alterazione delle artericole dei gangli cervicali, possibile a manifestarsi da solo, senza l'emorragia cerebrale, come ho dimostrato in altra occasione, ciò che sempre più avvalora il mio avviso, che quando lo s'incontra coincidere colla alterazione della massa cerebrale, deve essere accennato nel diagnostico. Ciò è richiesto tanto a vantaggio della cura, quanto della prognosi.

Intorno alla prognosi ho già esposto dei concetti generali, che nei casi singoli possono essere anche meglio specificati a norma dei sintomi che si presenteranno; qui mi resta solo da avvertire, che l'influenza esercitata dagli accessi vasomotori la vediamo non solo nella sintomatologia del focolaio, ma altresi nel sopragiungere di lesioni funzionali cerebrali fuori del campo del focolaio, le quali

fanno presagire altre eventualità morbose nel centro intracranico: — p. es. alcune volte viene aggravato, come si disse, il focolaio apoplettico, altre volte la corteccia cerebrale, altre volte vengono minacciate le parti nervose del lato opposto a quello della lesione. E se si pone attenta osservazione al modo di iniziare e di procedere di tutte queste successioni morbose, che ordinariamente si accolgono come le più naturali conseguenze del focolaio – si sente il bisogno di ricercare un'altra causa.

Quanto alla cura confesso che non si otterranno risultati molto manifesti e permanenti in tutti i casi; però in alcuni saremo secondati da eventi favorevolissimi. — Trattandosi della cura abbiamo sempre innanzi a noi una incognita per quanto sicura sia la diagnosi: l'incognita si riferisce alla individualità anzi tutto, e poi ad alcuni elementi fisiologici che nella massima parte dei casi sfuggono alle più acute osservazioni. – In fatti, volendo nel caso attuale agire sopra i gangli nervosi del simpatico cervicale in base alla nozione dell'alterazione primitiva delle loro artericole, e della alterazione secondaria degli elementi nervosi, noi seguiremo un concetto generale ammettendo come fatto la lesione arteriosa, come possibilità la sofferenza del ganglio. Ma chi non vede che l'intensità, la estensione della alterazione delle artericole possono variare moltissimo? e che parimenti possono variare le trofiche alterazioni secondarie della sostanza nervosa ed interstiziale?

Ho veduto de' gangli nei quali era evidentissima la lesione delle artericole ed era nulla od incipiente l'alterazione della sostanza gangliare e viceversa. La stessa sintomatologia clinica, che costituisce l'accesso vasomotorio

colla sua mutabilità a seconda dei casi accenna alla diversa condizione del sustrato. Del resto bisogna dire che troppo lontani siamo ancora dall'avere criteri per contraporre con sicurezza a determinati sintomi speciali alterazioni anatomiche di questi organi interamente obliati anche dai più diligenti ed autorevoli anatoma-patologi.

Divido la cura in due momenti: — 1. modificare la anormale circolazione dei gangli; 2. togliere le influenze che sull'azione di questi ponno esercitare altri visceri, specialmente lo stomaco. – Al primo scopo ho trovata vantaggiosa l'amministrazione di pillole di estratto di fava del Calabar alla dose di gr. 0,02 tre-quattro volte al giorno, unitamente alla ergotina ed all'estratto di giusquiamo, dei quali ultimi rimedi la dose può variare da gr. 0,05 a 0,10 per pillola. In alcuni casi ho veduto buoni effetti da questa medicazione coadiuvata dalla applicazione di mosche di Milano sul decorso del simpatico cervicale. Però devo notare, che questi mezzi esterni possono anche produrre effetti contrari. Ciò dipende dal non potere determinare colla voluta precisione lo stato di eccitabilità degli organi nervosi in ogni caso. Conseguentemente bisogna che la cura da addottarsi sia indicata dalla esperienza che potremo fare in ogni individuo. Ho pure adoperato con vantaggio l'atropina; ma questo rimedio non ha potuto essere continuato lungamente come invece può farsi della fava del Calabar.

Per abolire la influenza dello stomaco occorre un grande rigore dietetico. Bisogna persuaderci, che la igiene dello stomaco assai spesso dimenticasi col pretesto che bisogna sostenere le forze del malato. Più di una volta mi avvenne di ottenere vantaggi non lievi dal solo rigore

dietetico. E nello stabilire il genere della dieta non dobbiamo seguire criteri teorici, ma solo quelli che ci vengono somministrati dall'esame della funzione digerente nel caso concreto. È indicato p. es. la somministrazione di una certa quantità di vino eletto coi pasti: ebbene, non di raro si osserva, che l'ammalato fa atto di obbedienza a trangugiarla, ma dopo se lo sente nello stomaco, prova un senso di calore, di bruciore, gli vengono le fiamme alla faccia, il mal di capo. Escludere il vino allora, o ridurlo al minimo, è utile, anzi necessario. Mangiare poco e di spesso si dice: e sta bene. Ma talvolta, sia la frequenza della somministrazione, sia la troppa quantità delle cose somministrate, avviene che a poco a poco si manifestano fenomeni gastrici coi quali imperversano gli accessi vasomotori. Allora bisogna non offrire alimenti se prima non siamo sicuri che sia bene digerita la razione precedente; ovvero si deve diminuire la quantità degli alimenti. Bisogna essere persuasi, che quando abbiamo di fronte la facile insorgenza degli accessi vasomotori, questi non solo hanno luogo sulle parti del capo che si osservano e nelle intracraniche, ma possono, come ho dimostrato nelle anteriori mie publicazioni e dimostrerò a suo luogo nel corso di questo libro — possono, dissi, aver luogo anche nei visceri del torace e dell'addome. È necessario impedirli anzi tutto col regime il più riguardoso, che per la qualità, la quantità e anche per il tempo della somministrazione, contribuisce a produrli assai più che non si crede.

Oltre i mezzi igienici gioveranno anche alcuni medicamentosi. Io faccio uso frequente in queste circostanze, ed in altre moltissime, di polveri composte di bicarbonato

di soda, di polvere di valeriana silvestre alla dose di gr. 1 per ciascuna: ogni pasto deve essere preceduto da una polvere. Non so dire quando, ma certo in alcuni casi gioverà unire al bicarbonato di soda la polvere del Dower (centigr. 10 per polvere). Si intende, che a regolarizzare la funzione dello stomaco contribuirà molto anche mantenere il ventre regolarmente aperto mediante l'enteroclisma.

Affezioni polmonali in bevitori. — Gli ammalati difficilmente consentono di essere tenuti per bevitori e quelli che informano dei loro precedenti, cospirano a nascondere il vizio per pregiudizio, oppure per ignoranza. Può anche darsi che gli ammalati e gli altri tutti, compreso il medico, non diano alle cose la importanza che hanno e quindi passi inosservata la circostanza eziologica che giuoca una parte non secondaria nel complesso morboso di cui sto per occuparmi.

In generale è tenuto per bevitore quegli che notoriamente consuma una quantità di vino eccedente la media maggiore giornaliera consentita ad un uomo; e se questi può assicurare che non è mai stato colto da fenomeni di eccitazione alcoolica e che porta il vino indifferentemente, si dice e si sostiene che quest'uomo non è bevitore. — Ma qui c'è un errore, a svelare il quale, senza tanti ragionamenti, basta osservare, che alcuni provano effetti dannosi dal bere anche non superando la media minima della consumazione giornaliera e che altri non provano dannosi effetti anche bevendo eccessivamente. Il che vuol dire, che non solo la quantità del vino che si consuma, ma la suscettibilità individuale deve anche prendersi in con-

siderazione per giudicare convenientemente degli effetti della abitudine a bere il vino, gli alcoolici in generale.

Deve poi farsi un'altra osservazione. Quando si dice che un tale è un bevitore, ordinariamente si allude a qualche alterazione ch' ei suole presentare nella sfera delle funzioni nervose. È vero che l'alcoolismo conduce a quelle modificazioni dei nervi cerebro-spinali, che hanno dato sì larga messe a psichiatri ed a nevrologisti; ma non è meno vero che l'abitudine al bere, direi addirittura, l'alcoolismo può produrre e produce realmente una serie d'alterazioni funzionali anche negli altri visceri. Si conoscono quelle che hanno luogo nell'apparecchio circolatorio, clinicamente si discorre di un catarro bronchiale dei bevitori, del catarro stomacale dei bevitori, delle alterazioni epatiche; però mi sono convinto, che molte volte si danno sofferenze organiche dipendenti dall'abuso del vino, le quali si manifestano insieme con qualche stato morboso di diversa indole, che non vengono debitamente riconosciute; e questo avviene per ciò che non si adoprano criteri veramente fisiologici per giudicare se l'individuo debbasi, o no, considerare come abusatore del vino, e perchè — come in altri casi — gli effetti derivati da questa mala abitudine, si vogliono spiegare altrimenti. È poi singolare che in qualche altra occasione si vuole ad ogni costo attribuire allo eccesso nell'uso degli alcoolici ciò che invece riconosce differente origine sebbene l'individuo in questione sia bevitore consumato. Citerò qualche esempio tra i molti: — due fratelli sono strenui bevitori; uno arriva a 60 anni e ti rappresenta un tipo invidiabile di salute, di vigoria fisica e morale; l'altro a 40 principia a mostrare qnalche modificazione nel carattere e poscia insen-

sibilmente procede nella sintomatologia della paralisi progressiva. — Marito e moglie sono beatamente brilli da mane a sera; però dopo non pochi anni questa istupidisce, diviene tremolante e paretica nelle estremità inferiori, quello si ammala di cirrosi epatica.

Ora io domando: perchè tanta differenza di procedere delle cose tra i due fratelli? Perchè la moglie è presa nei nervi ed il marito nel fegato?

Se si applicassero rigorosamente certi principî di pratica medica, si dovrebbe dire, che l'eccesso dell'alcool ha prodotto in uno dei fratelli e nella moglie del secondo esempio una malatia nervosa; che nel marito ha prodotto la cirrosi epatica; che nell'altro fratello ha contribuito a conservarlo nella migliore condizione di salute. Dunque l'abuso dell'alcool fa male e può anche non far male; il che porta al corollario, che quando fa male si deve ricercare il perchè ha potuto nuocere in quel dato modo, e che non basta avere constatato l'eccessivo uso dell'alcool per ammettere che questo debba generare necessariamente uno stato morboso.

Se procureremo di riconoscere il perchè nel determinato caso l'abuso dell'alcool può avere nociuto, troveremo la ragione principale nelle particolari disposizioni del paziente, disposizioni ereditate ed in più o meno esagerate.— Quello dei due fratelli che mostrò soccombere all'abuso degli alcoolici, aveva ereditato dalla madre una tempra erettistica, nervosa per eccellenza, incline agli entusiasmi come alle depressioni ed al bisogno di artificiali eccitamenti. — Il marito che divenne cirrotico, riprodusse il quadro morboso di uno zio, che del resto non aveva grandemente ecceduto nell'uso degli alcoolici; mentre la mo-

glie discendeva da famiglia che annoverava un psicopatico e un epilettico.

Cercando le ragioni adunque per le quali può spiegarsi il più, il meno di effetti dannosi di cui è capace la eccessiva introduzione dell'alcool, si perviene a comprendere quello che precedentemente ho asserito: – che non occorre che molta sia la quantità dell'alcool introdotto per avere degli effetti dannosi; ma occorre conoscere le disposizioni morbose individuali, la resistenza dell'individuo, come hanno notato nelle loro ricerche i fisiologi, tra cui ricordo gli italiani *Lussana* ed *Albertoni*, perche, date queste, le funzioni eziologiche dell'alcool vengono, io dirò, moltiplicate.

Oltre queste considerazioni importa avere presente tutto quello che si sa di certo sull'azione chimica dell'alcool nell'organismo; e pur troppo dobbiamo dire, che anche di queste positive conoscenze della fisiologia non è possibile fare esatta applicazione clinica per ora; il perchè le premesse considerazioni acquistano, secondo me, maggiore importanza. In vero, l'intensità dell'azione tossica degli alcool mono-atomici dipende: *a*) dalla stessa costituzione atomica dell'alcool: quanto più elevata è la formola atomica tanto maggiore è la tossica influenza; -- *b*) dalla maggiore solubilità dell'alcool, o dalla maggiore quantità di sostanze nell'organismo che ne permettono la soluzione; *c*) dalla loro decomposizione possibile sia all'aria libera, sia nella economia; e fra i prodotti di decomposizione gli aldeidi, gli eteri, l'acetone aumentano il potere tossico dell'alcool. — Tutte queste circostanze andrebbero ricercate in ogni caso concreto ed è ciò che finora ci è del tutto vietato. Sebbene abbia molto credito la teoria del-

l'acetificazione dell'alcool nel torrente sanguigno, pure io penso, che anche questo processo chimico non si compia in tutti gli individui ad un modo; e quindi che gli effetti di esso, cioè i fenomeni della intossicazione, sieno per la importanza patogenica assai differenti a seconda delle condizioni crasiche, respiratorie, secretorie individuali. Stabilire nel caso concreto quanto si debba all'azione dell'alcool quale mezzo di alterazione della ematosi, è compito di estrema difficoltà e non possiamo che in modo indiretto arrivare ad ammettere qualche cosa in via presuntiva.

Ciò nulla meno le indagini fisiologiche ci fanno sapere alcuni fatti di molta importanza e che il clinico deve avere presenti: — l'alcool introdotto nell'organismo modifica la funzione circolatoria agendo specialmente sull'elemento vaso-motore, conseguentemente altera la nutrizione dei tessuti e dei vasi medesimi. E questo contribuisce a fare ragione delle alterazioni delle mucose in genere - dello stomaco, dell'intestino, dei bronchi - e delle alterazioni del fegato, dei reni e delle congestioni viscerali, che possono darsi negli abusatori di alcoolici.

Per tanto voglio concludere che importa essere cauti prima di ammettere, od escludere, che in un determinato caso esistano le conseguenze di un relativo abuso degli alcoolici; che il giudizio nostro non dee fondarsi solo sulla nozione della quantità degli alcoolici consumati giornalmente, ma eziandio sulle condizioni di resistenza degli individui, la quale può essere minima in alcuni, massima in altri, discreta in altri ancora; e finalmente, che il nostro giudizio non può essere fondato convenientemente, se non si sono prese in considerazione le disposizioni morbose

degli individui, le quali favoriscono, o meno, le influenze degli alcoolici.

V' hanno individui che arrivati alla età dei 30-40 e più anni cominciano a soffrire di fenomeni bronchiali, che per qualche tempo si trascurano, poscia vengono presi in seria considerazione, perchè il dimagramento, la tosse, qualche sputo sanguigno, la febbretta saltuaria accennano direttamente ad una malatia insidiosa dell' apparecchio respiratorio. — I sintomi fisici del torace avvalorano sempre più i sospetti concepiti. - La malatia si denomina bronco-alveolite; la prognosi è riservata, bene s' intende, e la cura comincia senz' altro dall' essere sintomatica per la tosse, il catarro bronchiale; la dieta è ricostituente.

Non c' è da ridire sulla diagnosi fisica; quello che non va, è il concetto che generalmente si fa della malatia circa la sua patogenesi. - C' è in famiglia qualche sospetto circa l'ereditarietà e può anche esservi la certezza; ma non si tiene conto dei precedenti dei pazienti, i quali sebbene pretestino d' essere sempre stati temperanti, pure sono in preda a fenomeni che accusano la mala influenza dell' uso degli alcoolici.

Perchè si discende da parenti che hanno sofferto di tisichezza polmonale, è egli sempre necessario che in noi si presenti questa malatia? - Nò; molte volte è la mancanza della igiene appropriata; molte volte è precisamente una esagerazione di una certa igiene, che si fa consistere nel mangiare e nel bere, quella che rende in noi possibili determinate manifestazioni morbose. E questo si verifica nei casi dei quali sto discorrendo.

Analizziamo i precedenti; non arrestiamoci alle cose

che narrano i pazienti, i quali non conoscono la importanza delle cose; cominciamo a scandagliare le loro abitudini prendendo le mosse dall'epoca quando la loro salute era fiorente; studiamo minutamente quello che provavano dopo i pasti, quando si lasciavano correre a qualche disordine nel bere; accompagniamo il primitivo malessere, la fugace manifestazione morbosa di un tempo fino all'oggi e vedremo, che la malatia attuale ha una lunga preparazione e che questa consiste in giornaliere influenze, cui si sottomettevano i pazienti con intento di igiene; che poi a poco a poco, quando pareva loro che i buoni effetti di questa facessero difetto, essi maggiormente si davano alla loro incauta e malintesa igiene, finchè principiarono a deperire alquanto e ad avviarsi nella carriera dei sintomi polmonali.

La narrazione di tutte queste circostanze è, direi quasi, la dimostrazione pratica del processo per il quale la malatia è insorta. — In quel caso nel quale si ritenne che fosse modico l'uso degli alcoolici, come nel caso nel quale se ne fa abuso, si verificano giornalmente fenomeni di sovraeccitazione nervosa, fenomeni discrasici, i quali per un dato tempo – che varia a seconda degli individui – vengono tollerati; ma poi lo sono meno e sempre meno, finchè si palesano fatti morbosi a questo modo orditi. Negli individui predisposti alla malatia polmonale, di cui si tratta, contribuiscono a determinarla a lungo andare le iperemie polmonali, gli orgasmi cardiaco-vascolari, le alterazioni digestive, e le alterazioni discrasiche.

L'esame obbiettivo viene alla sua volta a fornirci altri argomenti. – Le alterazioni dell'apparecchio respiratorio non sono estese, predomina il catarro dei bronchi;

ma accanto a queste si scorgono facilmente traccie di alterazioni dell'apparecchio digerente, che hanno importanza loro propria. Oltre i fenomeni dispeptici, le fauci ti mostrano la iperemia della parete posteriore della faringe, la faringite granulosa; sussistono palesi fenomeni di catarro del ventricolo, di iperemia epatica; fatti questi che non possono accogliersi come fenomeni secondari dell'affezione polmonale. A norma della età dei pazienti e del genere della vita, potrai scoprire segni di alterazione incipiente negli organi centrali, della cui importanza tornerebbe ozioso spendere qui altre parole. Di più, se farai conto rigoroso dello stato generale, t'accorgerai che in alcuni casi corre una certa contradizione tra l'apparenza di una sufficiente e forse prospera nutrizione, data dalla copia del pannicolo adiposo, e la crasi sanguigna non affatto normale, perchè più, o meno, spiccata è la oligoemia, oppure è scarseggiante l'emoglobina.

Dopo tutto gioverà pure interrogare le funzioni del sistema nervoso, che, vuoi nell'accresciuto erettismo, vuoi nelle anomalie vaso-motorie, od in qualche altro fenomeno resosi in ultimo abituale, ci esprime come abbia subita la mala influenza di una causa, che già la diligente anamnesi ci deve avere fatto riconoscere.

Questo insieme di circostanze si riferisce indubbiamente ad una duplice condizione morbosa; - da una parte quella cagionata dalla influenza degli alcoolici; dall'altra quella che minaccia gli organi del respiro. La prima è costituita da fenomeni irritativi, catarrali dei vari organi, dalle anomalie possibili a verificarsi nelle funzioni nervose e circolatorie, in fine dalle condizioni della nutrizione generale; la seconda si va ad organizzare nell'apparecchio re-

spiratorio e può spiegarsi con tutti i sintomi propri della tisichezza polmonale.

Noi non vogliamo considerare ora i casi pervenuti alle fasi inoltrate di questa malatia, perchè poco resta da dire e meno ancora da agire di fronte ai fatti compiuti. Consideriamo invece le cose nelle loro prime manifestazioni e comprenderemo quanto interesse venga dal metterle a posto e distinguere ciò che è primitivo da ciò che è secondario o, se vuolsi meglio, ciò che precede da ciò che succede. – La diagnosi, formulata secondo gli esposti concetti, porta seco un programma di cura per il quale conviene anzi tutto allontanare il paziente dalle sue abitudini. Non si può pretendere di modificare la morfologia dell' organismo, perchè abbiamo per lo più individui adulti; ma colla più rigorosa igiene adattata alle circostanze, possiamo a poco a poco sopprimere le dannose conseguenze dell'abuso, relativo, od assoluto, degli alcoolici. Bisogna prendere di mira le condizioni morbose preparatorie, normalizzare le funzioni che furono prime ad alterarsi, e dopo potremo vedere dissiparsi il resto.

Rispetto alla riforma della igiene corre una massima, per la quale si crede dannoso sopprimere l' uso degli alcoolici a chi ne ha lunga abitudine. Ma ciò non è vero sempre; non è vero sopratutto nei casi che consideriamo. Io mi propongo in ogni caso di eliminare gli alcoolici bruscamente, o rapidamente, e riesco, malgrado l'opinione che la incipiente affezione polmonale faccia sentire il bisogno della cura ricostituente e quindi anche della somministrazione degli alcoolici.

Non vuol dire nulla se mi si rammentano casi di incipiente tisichezza che migliorarono e guarirono coll'uso

della dieta lauta e degli alcoolici in abbondanza; perchè, sebbene i casi sogliano egualmente denominarsi, pure hanno da ritenersi tra loro bene distinti. Ciò che precede, giustifica e spiega largamente il mio asserto.

Agli alcoolici sostituisco con vantaggio gli amari semplici, oppure gli amaro-aromatici a seconda dei casi e delle circostanze individuali. Con questo soddisfo alle indicazioni seguenti: eccitare gli organi della digestione, tonificare il sistema nervoso. Ma gli amari non devono essere somministrati, come per lo più si usa, prima dei pasti, sì bene ogni ora, ogni ora e mezzo, in dosi alte, o basse, secondo la tolleranza ed il bisogno.

Se agli amari si unirà una sufficiente quantità di bicarbonato di soda, provvederemo anche alla indicazione del catarro gastrico. La formola che preferisco, è la seguente: P. di Tintura acquosa di genziana grammi *trecento*, di Tintura di china grammi *venti* o *cinquanta*, di Tintura di noce vomica grammi *tre*, di Bicarbonato di soda grammi *dieci*. Segna: da prendersi in 24-36 ore a cucchiai da tavola.

Quando ne' pazienti sussistessero fenomeni di catarro più diffuso nell'intestino e - ciò ch'è frequente - questo fosse associato alla stipsi, trovo necessario consigliare l'uso dell'acqua ungherese amara nel modo seguente: Per correggere il catarro diffuso se n'ha da prendere a cucchiai, che si mesceranno colla pozione amara; per togliere la stitichezza, se ne dovrà prendere in una sola volta la mattina a digiuno q. b. per avere una scarica alvina giornaliera. – Talvolta anche amministrando a scopo anticatarrale la suddetta acqua ungherese, si ottiene la quotidiana deiezione.

Importa assai che cessino i fenomeni iperemici ed irritativi del fegato. Ebbene colle precedenti prescrizioni, coadiuvate da una dieta appena sufficiente, vedremo migliorare anche il fegato. Ce ne accorgeremo badando alle urine che si faranno più chiare e che potremo all'uopo rendere anche per quantità maggiori, se per avventura scarseggiassero.

Ma occorre modificare eziandio la innervazione generale e specialmente la vaso-motoria ed a quest'uopo servono delle pillole di Ergotina, oppure di Ergotina e Chinino secondo la seguente formula: P. di Ergotina purissima, di Solfato di chinino *āā* centig. *dieci*, di Estratto amaro q. b. F. *una* pillola; da tali quattro, cinque nelle 24 e più secondo la tolleranza.

Appena migliorate le condizioni dell'apparecchio digerente e della innervazione - la qual cosa si manifesta colla cessazione de' fenomeni dispeptici e con relativo benessere – si deve raccomandare la cura idroterapica, che varierà a norma dei casi. Io preferisco cominciarla con qualche bagno generale alla temperatura che soddisfa al paziente, ordinando che dopo il bagno sia fatto il massaggio della cute. Dopo che m'avvedo che il bagno è bene tollerato, provo ad influire il corpo coll'aspersione fredda subito dopo il bagno caldo e col successivo massaggio. Continuo poi la cura a seconda che vedo influire beneficamente e prevalentemente il bagno caldo o l'aspersione fredda; talvolta giova praticare l'uno e l'altra, e per la scelta del metodo si devono consultare diligentemente le sensazioni dell'ammalato. Il quale a poco a poco prova notevole mutamento nell'appetito, nei fenomeni polmonali, nel benessere e nella nutrizione generale.

Il processo della cura che del resto può essere nei singoli casi variata in qualche dettaglio secondo la indicazione di alcuni sintomi speciali, corrisponde ad una esperienza terapeutica; perchè ponno vedersi a poco a poco migliorare le condizioni polmonali senza cura diretta contro queste.

Nel quadro sintomatico più sopra sbozzato si devono comprendere della varietà, le quali si riferiscono alla prevalenza di alcuni sintomi, al decorso ed all'esito.

Quanto al predominio dei sintomi noterò, che talvolta quelli del polmone, dopo essere venuti crescendo mitemente colle parvenze di un catarro bronchiale comune, si fanno seri e gravi per la emoftoe. — Ed anche questa varietà si presenta sotto due aspetti, a seconda che v'ha, o non v'ha, la febre. Nel primo caso, prima che si manifesti l'emoftoe, il paziente accusa malessere e difficoltà di respiro; dopo, malgrado lo sgomento ed i timori che sogliono succedere, il respiro si fa più libero, subentra una relativa calma e nell'apparecchio respiratorio non si osservano mutamenti pericolosi, nè progressi nelle alterazioni preesistenti. Nel secondo caso invece si manifesta febre piuttosto elevata, crescono le ansie del respiro, aumentano i segni fisici dell'affezione polmonale; possono insorgere pleuriti secondarie, le quali alla loro volta aumentano le difficoltà della risoluzione.

Contemporaneamente altri fatti importanti avvengono nel dominio dell'apparecchio digerente, dove si esacerbano i fenomeni preesistenti e il malato richiama su di essi con insistenza l'attenzione del medico: — o duole il fegato ingrandito, o si manifesta meteorismo intestinale con dolori o con premiti all'ano, e si fannomolto più scarse le urine.

Un' altra differenza tra i due casi in discorso viene rilevata badando allo stato generale: – nel primo, malgrado l' emoftoe, anche se abbondante, non si modifica guari la nutrizione, nè la condizione del sangue; – nel secondo, sebbene possa essere meno abbondante l' emoftoe ed anche sospendersi presto la febre, a poco a poco si pronuncia la denutrizione e l' oligoemia.

Il decorso e l' esito di queste varietà cliniche differiscono del pari. – Nel primo caso la emoftoe cessa, rimane la lesione degli apici polmonali e si stabilisce uno stato cronico, suscettibile d'altre cure, che può anche lungamente protrarsi. Io ho registrati due casi, nei quali si ebbe l' esito della guarigione. – Nel secondo caso il processo è progressivo e finisce letalmente, più o meno presto, secondo che lo stato generale, o le alterazioni polmonali, s' aggravano. Ricordo un caso che curai alla Casa di Salute in Pavia, nel quale col ripetersi della emoftoe in un paio di mesi l' alterazione polmonale aveva invaso amendue gli organi; ed un altro della pratica privata, nel quale quando ancora le alterazioni polmonali erano limitate ai lobi superiori, s' era in breve alterata profondamente la crasi sanguigna per cui poteva dirsi che il paziente soccombeva ad una speciale cachessia. – Il pallore generale, la succulenza dei tessuti, la debolezza del cuore, l'intolleranza dei cibi, il fegato largo, molle, mentre prima aveva la normale consistenza o consistenza maggiore, le sciolte dell' intestino, l' ansia crescente, la vera fame d'ossigene, l' agitazione, l'insonnia tutto concorre a giustificare l' avviso che il paziente sia caduto in uno stato di speciale cachessia.

Si presentano anche altre varietà che, secondo i casi

si riferiscono ad altre possibilità sintomatiche; ma non possono essere raffigurate in una particolare descrizione: in tutte però l'anamnesi ed il concorso dei sintomi parlano nettamente dello stato morboso complesso che qui trattiamo.

E se noi ora ci poniamo davanti ad un letto dove decombe uno dei tanti tisici volgari e davanti ad un altro dove decomba uno che sia caduto nella tisichezza dopo essersi dato incautamente all'abuso degli alcoolici, ravviseremo le differenze che passano tra i due infermi. Nel primo è più palese l'aspetto del tisico che nel secondo; più palese all'espressione della faccia, alla forma del corpo e più specialmente a quella del torace; – il primo colla sua tosse, coll'abbondanza dell'escreato, colla magrezza, col torace paralitico, col ventre depresso, coll'aria o del rassegnato, o dell'ingenuo che spera, contrasta coll'aspetto di ammalato meno grave sebbene molto più preoccupato del secondo, col torace discretamente bene sviluppato, col ventre pieno e forse sporgente e con traccie ancora superstiti del pannicolo adiposo. — Là sopra tutto predominano i fatti polmonali, qui questi non toccano tanta altezza e possono anche per qualche tempo essere messi in discussione di fronte a quelli dell'addome. Ricordo in proposito un caso istruttivo, nel quale prima che si ammettesse con sicurezza la diagnosi della affezione polmonale, si era sorpresi dalla sintomatologia epatica e quasi tratti ad ammettere nel fegato la causa del processo febbrile, delle alterazioni digestive e del deperimento.

Un'ultima considerazione deve farsi intorno a questi casi: ed è che col progredire della malatia, anche se il suo decorso è febrile, può vedersi a poco a poco la sin-

tomatologia epatica venire meno, mentre si pronunciano, o sempre più si accentuano, i fenomeni della malatia polmonale. Questo si verificò in modo singolare nel caso or ora ricordato, tanto che in ultimo avrebbesi potuto meravigliare se si fosse innanzi sospettata una malatia del fegato acuta.

V.

Continua il precedente argomento.

Sommario. — S'incontrano stati morbosi complessi nell'esordire della vecchiezza. — Dell'invecchiare. — Schizzi sintomatici: tipo addominale; tipo cardiaco-vascolare; breve digressione sul salasso ed applicazioni terapeutiche; la cura minorativa è suggerita dall'osservazione clinica: tipo nervoso. — Appunti intorno alla malatia superata in Italia da S. M. Don Pedro del Brasile.

Alcuni stati morbosi complessi ricorrono specialmente in quell'epoca della vita, quando si effettuano mutamenti profondi dell'organismo - quando dalla pienezza, dalla vigoria più lusinghiera dell'età matura l'uomo s'avvicina ai limiti della vecchiaia.

Il passaggio si effettua in due modi lentamente, o rapidamente: - direi volentieri, per *lisi*, o per *crisi*.

Non dipende strettamente dal numero degli anni questo passaggio, sì bene dalle condizioni speciali dell'organismo, dalle condizioni di vita precedente e dalle malatie pregresse. Per questo alcuni a quarant'anni equivalgono altri a sessanta e viceversa.

Questa nozione così vieta non è altrettanto applicata nella pratica: quindi mi avvenne, piuttosto di frequente, di udire delle obbiezioni, quando la ragione dei sintomi da un lato e dall'altro facili considerazioni fisiologiche, mi inducevano a giudicare ammalati diversamente da quello che erano stati prima giudicati.

Bisogna riflettere, che non tutti invecchiano ad un modo; che nei diversi individui invecchia prima un apparato, oppure un altro, e che noi non dobbiamo cercare nei nostri infermi il quadro completo di quei fenomeni che appartengono all' uomo già vecchio, ma sì bene a quegli che invecchia.

Se dalla imagine teorica dell' uomo maturo saltiamo a piè pari davanti a quella del vecchio, non conosceremo mai gli stati intermedi a questi estremi, che – a mio avviso – sono molto più importanti a conoscersi, sia perchè ci fanno comprendere il modo col quale si invecchia, sia perchè si afferra il concetto di possibili morbilità, le quali talvolta non attendono che la più piccola causa per spiegarsi in manifestazioni morbose più o meno complesse unitamente ai sintomi di qualche altra malatia intercorrente. Anzi giova notare, che alcuni individni, mentre invecchiano, possono presentare una serie di sofferenze, più o meno gravi e protratte, finchè, invecchiati, ricuperano la salute, o piuttosto una specie di salute; perchè è notissimo, che la vecchiaia è per sè stessa un morbo.

Per me tanto l' uomo quanto la donna devono attraversare quella fase della vita, che si dice età critica; e questa coincide precisamente col tempo durante il quale si svolgono i primi fenomeni di trasformazione dell' organismo – di passaggio graduato, lento o rapido della età matura alla vecchiezza. Ed è per questo che nel ricordato periodo della vita umana sogliono presentarsi certi stati morbosi complessi, che in altri non si incontrano, e per quello stesso che ho detto, di fronte a questi bisogna dare la debita importanza ai fenomeni della senilità, ben inteso che non cercheremo già gli attributi classici di

questa, si bene gli indizi fisiologici del suo primo esordire.

Dissi che non tutti principiano ad invecchiare alla stessa età e si invecchia in modo differente dagli individui secondo le circostanze. Or bene, come faremo noi ad accorgerci che nell'individuo in esame sono iniziati i fenomeni della vecchiezza?

Se fosse sempre possibile interrogare i criteri fisiologici che le statistiche ci offrono e per i quali si distingue l'uomo che ha oltrepassato i limiti della età matura, avremmo da prendere in considerazione la taglia del corpo, che – secondo *Quéterlet* – a 30 anni comincia a diminuire; il peso del corpo, che – giusta il citato Autore – al 40° anno deve scemare; il polso, che per consenso generale si ammette diventi più frequente; la diminuzione della quantità della urina, la diminuzione del fosforo di questa.... Ma se tutti questi criteri danno a noi il concetto teorico della senilità, indarno ci faremmo ad interrogarli quando ci si presenti il caso di fare un giudizio nel senso che io propongo; imperocchè tutti i risultati della nostra analisi e delle nostre misurazioni si riferirebbero allo stato attuale, che non può essere paragonato al precedente, di cui mancano documenti. D'altronde tutte le cifre che si trovano sulle statistiche, mentre sono ottime per comporre delle medie ma queste non possono mai giovare a sciogliere una tesi qualsiasi nel caso concreto.

Bisogna giudicare il paziente secondo altri criteri. Prima di tutto ammettere che ogni uomo porta con se una specie di fatalità, dalla quale dipende se l'abuso funzionale durante la vita si effettua in uno od in altro dei grandi apparati dell'organismo; – in secondo luogo rico-

noscere che l'abuso funzionale è da intendersi in un modo affatto relativo; – terzo, che allorquando nel caso concreto un apparato organico è stato in modo assoluto affaticato, da esso cominciano le prime manifestazioni di deperimento, o di anomalia funzionale, per cui si comprende che l'organismo non si può prestare ulteriormente al compito al quale ha servito fino allora.

Secondo la mia esperienza devo ammettere, che si incomincia ad invecchiare ora con fenomeni relativi al sistema nervoso, ora al sistema vascolare, ora al sistema digerente. — Talora si vedono associati i fenomeni d'incipiente vecchiezza in due apparati simultaneamente; nel quale caso è facile che i semplici fenomeni di anomalia funzionale aumentino d'intensità e acquistino il carattere di veri sintomi morbosi, che costituiscono uno speciale stato morboso complesso.

Alcuni de' miei lettori avranno certo pensato queste medesime cose, però avranno da esse ragione per viemeglio rassodare la loro convinzione; ma altri molti non avranno condotta l'osservazione propria su questo indirizzo e spero che per questi non sieno vane le mie parole. Anzi non le avrei scritte se non ricordassi le molte occasioni nelle quali ho dovuto discutere per dimostrare come nel caso concreto la malatia non fosse altrimenti meritevole della speciale nostra considerazione, se non per il concorso di elementi fisiologici di incipiente senilità coi sintomi propri della malatia; la quale conseguentemente vestiva forma eccezionale, od appariva in complesso bene diversa da quello che era. – Egli è di fronte a questi casi che non di raro si ode il facile ripetitore de' quadri nosografici questionare col più felice osservatore; il quale,

per il solo fatto che non può recare l'autorità dei trattatisti, sembra perdente nella disputa. Per ciò, siccome io scrivo specialmente per i giovani, voglio dire a loro, che mai, come di fronte ai casi morbosi complessi, devono essere così diffidenti di ciò che hanno appreso sui libri: mai, come innanzi ai suddetti casi, importa essere nell'osservare e nel ragionare tanto capaci e provetti.

Premessi brevi cenni sull'invecchiare, dirò di alcuni stati patologici complessi che possono presentarsi in coincidenza con questa fase della evoluzione dell'organismo umano.

Dal predominio dei sintomi si possono distinguere più o meno nettamente tre tipi; almeno ciò desumo dalla mia esperienza e non escludo *a priori* che se ne possano ammettere altri: - un tipo con predominio di sintomi addominali; un tipo con predominio di sintomi vascolari; un tipo con predominio di sintomi nervosi. – Del resto in ogni tipo i tre ordini di sintomi concorrono, e dipende dalla costituzione individuale, dallo eccessivo esercizio della vita, dallo stato morboso precedente, se la complessa forma clinica si colorisce d'un modo e d'un altro.

Prendiamo il *tipo addominale;* lo chiameremo così per brevità di frase.

Sono individui che o per falso sistema di igiene, o per motivi di consumo giornaliero, causato da molta attività, o da malatia precedente, per es. il diabete, fanno uso lauto di cibi. Da ciò per un certo tempo traggono una specie di conforto e del relativo accesso della introduzione non hanno immediate conseguenze; perchè l'intestino è un organo capace, più di ogni altro, dell'adatta-

mento funzionale. — Passano gli anni e, più o meno presto, più o meno tardi, si organizzano molte conseguenze che possono manifestarsi anche in modo rapido, od acuto. Ê certo del resto che vi potranno concorrere anche cause esterne, p. es. uno strapazzo, un altro disordine qualsiasi, la solita causa reumatica.

Con uno stato generale di grave malessere, dove la depressione nervosa, dove alterazioni circolatorie non mancano, e talvolta sì pronunciate che tirano giù di strada il medico, si stabilisce un vero stato morboso, nel quale — malgrado l'esistenza di altri sintomi — deve constatarsi una anoressia completa, turgescenza dell'addome, ingrandimento epatico, lingua larga, sporca, alito pesante o fetido, orine scarse colorate, febre e debolezza generale.

Se ti addentri coll'esame obbiettivo in questo stato di cose, tu troverai, o al capo, o al torace, o alla estremità qualche indizio di alterazione vascolare. Ordinariamente è nel cuore che si produce la sintomatologia, a volte chiara e patente, a volte oscura e puramente funzionale; ma che per altro dimostra che vi si sta elaborando qualche fatto anormale, che generalmente è progressivo e bentosto si paleserà nettamente.

Qui è che bisogna non essere dottrinari, non bisogna pretendere, che si abbiano a palesare distinte e classiche le parvenze del vizio cardiaco, per riconoscere il fatto che si sta maturando; il quale per sua natura è subdolo, latente e non sempre cagiona quelle alterazioni anatomiche, le quali costituiscono il volgarissimo vizio cardiaco.

Qui non è certo che io voglia esagerare ammettendo fatti più gravi di quello che sono: ma devo sostenere,

che l'aumento dell'area cardiaca, la debolezza dello impulso, qualche alterazione del ritmo, sono fatti che nelle condizioni individuali non stanno a deporre per una semplice conseguenza dei fenomeni addominali predominanti, perchè sono sproporzionati, perchè durano anche dopo che si sono allontanati i primi, perchè anche se si modificano, quando il paziente avrà attraversate tutte le fasi della malatia, essi mostreranno di avere lasciato traccia di sè, e in alcuni individui, si vedrà che, malgrado una condizione di cose che simula la salute, essi progrediscono lentamente, ma fatalmente.

E oltre questi fatti cardiaci, che sembrano da nulla, nel torace puoi trovare qualche segno di catarro bronchiale, qualche stasi basilare ai polmoni, potrai pure riscontrare nuclei di floscia pneumonite.

Malgrado tutto nell'addome troverai le cose più salienti e che ho più sopra accennato e se prenderai in considerazione l'espressione generale dell'infermo, l'oscillare frequente del grado di vari sintomi, come avviene in genere nelle affezioni febrili ed anche nelle malatie della senilità, avverrà di leggeri che il tuo giudizio tentenni, quando alla sonnolenza, quando ai tremori del paziente al turgore del volto congiunti, quando alle irregolarità del polso unite ad alterazioni del tipo respiratorio, quando al singhiozzo che da solo angustia il paziente, ovvero in compagnia di altre molestie riferibili alla sensibilità generale od a qualche viscere interno.

Anche la febre quando niente niente s'impone, chè nel suo aggravarsi vespertino inquieta sempre, quando rimette, quando si riesacerba, turba l'animo alla sua volta, specie se non obbedisce alle prime dosi del chinino, che per mal

vezzo della medicina pratica s'amministra a casaccio e talvolta con danno del paziente.

Di fronte a questo complesso di sintomi sulle prime confessai la mia incapacità e mi adattai alla cura sintomatica, facendo, più che una diagnosi diretta, una cura eliminatrice. Guidato dai sintomi, feci anche ciò che pure non era in stretto ordine colle vedute moderne; ma i fatti sono fatti; vidi che la cura purgativa, secondo il bisogno, tornava di grande vantaggio; — con ciò eliminava a poco a poco 4 elementi fattori di sintomi - 1 il materiale che in copia straordinaria ingombrava l'intestino; - 2 la stasi sanguigna degli organi addominali, tra i quali va ricordato il fegato e il rene; - 3 toglieva due momenti produttori del catarro diffuso intestinale; - 4 sopprimeva la fonte di anto-infezione.

Naturalmente questi effetti terapeutici non poterono essere da me rilevati ed apprezzati che nel corso delle osservazioni cliniche ed ora dichiaro, che di fronte al tipo clinico complesso del quale discorro, dobbiamo agire per ottenere quegli effetti, perchè quando mi occorse di vedere praticata altrimenti la cura, furono più ostinati i sintomi e si fecero anche più gravi da parte dell'addome, sì che in fine quello che non si volle praticare per insegnamento scolastico, si dovette poi concedere alla eloquenza dei sintomi.

Non ho d'uopo di discutere il come le ricordate condizioni addominali riescano a sconciare la circolazione, a perturbare l'innervazione, a pervertire l'indirizzo del chimismo intestinale, a favorire quindi ben anche alterazioni discrasiche coll'assorbimento dei veleni procedenti dalla fermentazione intestinale. La patologia generale istrui-

sce in proposito e possiamo dire, che ci istruisce non con teorie, ma con fatti scientificamente reperibili. Tant'è, che quando la cura purgativa ha raggiunto il suo scopo, può occorrere il bisogno di cambiare l'ambiente chimico, dirò così, dell'intestino; e allora il solfito di magnesia unito alla naftalina con qualche altro rimedio che soddisfaccia ad altra speciale indicazione, migliora vieppiù le condizioni intestinali, modifica tutta la sintomatologia ed anche la febre viene meno. Se perdura la febre, si potrà ricorrere al chinino, che sarà solo allora meglio tollerato e più efficace.

Il paziente ha migliorato, ma non guarisce: – può darsi una stazionarietà, durante la quale tutti quanti i sintomi che abbiamo descritti, rimangono colle medesime vicende, col medesimo carattere, sebbene con rimedi parecchi abbiasi cercato di provvedere. Se si avrà ripetuto l'esame obbiettivo rigoroso, saranno stati fatti rilievi importanti. È cessata la febre, ma il polso non rimette della sua frequenza, la circolazione generale, considerata minutamente nelle mucose, nelle unghie, nelle vene periferiche, oltre che nel polso, non è quella che era prima che il paziente cadesse infermo; il cuore non è rientrato ne' suoi confini, i toni cardiaci lasciano desiderare per l'intensità loro, può essere comparsa qualche più distinta alterazione nei toni, o è fatto soffiante il primo all'apice, o bipartito il secondo alla base sull'aorta, o forte accentuato il secondo alla polmonale. Il paziente può avere la pelle arida o sudante generosamente; nell'un caso e nell'altro trovasi debole, è malcontento, ha cambiato d'umore, le notti non sono tranquille, il giorno è funestato da varie sensazioni moleste e tutto questo va cessando

più tardi, a poco a poco. Il paziente guarisce, ma non è più quello di prima; il suo organismo ha superata un'altra fase della evoluzione.

Il tipo cardiaco vascolare. — Sono per lo più persone segnalate per la robustezza, che in un modo o in un altro hanno fatto spreco della vita: organismi che tendono alla corpulenza, di temperamento focoso, rubicondi all'aspetto, panciuti anzi che nò. Possono da qualche tempo avere notato qualche fenomeno passaggero, ma ripetentesi, al cuore - intermittenze, palpito cardiaco; oppure un senso di oppressione di respiro, ma labile, che sopra tutto ricorre quando si esagera il moto, oppure notte tempo, o durante l'eccitamento psichico.

Ordinariamente non si abbada a questi fenomeni, si tira avanti senza provvedere; anzi avviene che i pazienti messi in sull'avviso anche da medici, sono inclini alla rivolta e non accettano i consigli, troppo fidenti nella loro quasi proverbiale robustezza.

Ma intanto le cose si vanno complicando. — Viene l'inappetenza, il gonfiore del ventre dopo il pasto, l'insonnia, i sussulti cardiaci e poi in modo più, o meno, rapido il paziente è costretto al letto con sintomi talvolta anche minacciosi di alterazione circolatoria.

Però il quadro morboso è singolarmente complesso e, seguendo fedelmente i fatti che ho raccolti, devo riconoscere due varietà di questo tipo morboso: - quella nella quale col predominio de' fenomeni cardiaci si presentano anche fenomeni cerebrali - e quella nella quale dall'inizio della malatia va spiegandosi una non lieve sintomatologia addominale.

Il paziente vi narra maravigliato come sia stato colto nella pienezza della salute da ambascia penosa crescente — dei precedenti è raro tenga parola — come senta formicolio agli arti, torpore di uno o più membra, grave il capo, confusione nella mente, qualche vertigine, e talvolta rumore delle orecchie. Parla affannato; se si muove, cresce l'affanno. Il respiro quindi frequente; il polso piccolo, oppure pieno, legato; la faccia turgida, le giugulari intumidite.

In altro caso il paziente con parola tronca, affannato, vi dice che egli non ha nulla al capo, che è perfettamente libero, ma che tutto il suo male viene dall'epigastrio, dove indica la gonfiezza e la sede della crescente angoscia. — Il ventre è tumido, il fegato ingrandito e dolente.

Ma il fatto principale nell'un caso e nell'altro siede nel sistema vascolare. — Il cuore pare siasi avvicinato di più alla parete del torace e colla mano palpando sentesi diffuso l'impulso cardiaco. Coll'ascoltazione si può percepire un marcato soffio all'apice, oppure alterato il primo, od il secondo, all'aorta, od anche amendue. Il ritmo è disordinato, si vedono iniziate le stasi venose alla periferia, il corpo è sudante, le estremità meno calde, o fredde, le urine scarse, o mancanti affatto.

Se poi si estende l'esame e si vogliono apprezzare tutte le più piccole parvenze fenomeniche, si possono registrare molte altre cose, che si riferiscono o all'apparecchio respiratorio, od al sistema nervoso, il quale entra colla sua estesa influenza ad accrescere, od a mitigare, i fatti dell'alterata idraulica a seconda dei casi e, per la compromissione sua, a generare altri sintomi, come sa-

rebbero i tremori, l'astenia motoria, l'agitazione generale ecc.

Ci inganneremmo se reputassimo questo insieme di sintomi ognora eguale per la gravezza e l'andamento. — Talvolta vediamo con certa sollecitudine risollevarsi l'attività del cuore e con pochi mezzi a poco a poco dissiparsi i sintomi, subentrare quindi una specie di cronicità dei fenomeni del cuore, finchè si palesa la forma cardiaca più o meno pronunciata dell'ateromasia. - Talora, per un tempo più o meno lungo, si trascinano fenomeni di cuore, fenomeni di ventre e fenomeni nervosi. Finalmente l'individuo via via dimagra dopo avere perduti gli edemi, dopo avere presentati sintomi epatici da far sospettare la cirrosi, od anche dopo avere presentato sintomi renali insieme. Il paziente esce da queste gravezze, ricupera una discreta salute. É importante ricordare che i sintomi del cuore possono salire tanto alti da far temere della vita, ma poscia recedono e si vede allora grado grado ricomporsi tutte le funzioni compromesse. - La malatia passa; ma anche qui giova ripetere, l'individuo non è più quello: anche qui sotto specie d'una malatia, della quale si cercherebbero indarno le cause fuori dell'organismo, s'è operato un mutamento di questo - un passo verso la senilità.

Ora io voglio toccare un altro momento della pratica, che ha tanti rapporti colle teorie e che, secondo me, il concetto scientifico vero, unico, dal quale possiamo essere illuminati, ci mostrerà da un punto di vista spregiudicato affatto e quindi utilissimo. – Io alludo al precetto terapeutico.

Avendo provato l'imbarazzo che davanti a casi così complicati ogni medico deve provare, mi decisi a fare quello che ordinariamente non fanno coloro i quali - sposata un'idea - non consentono di accogliere le esperienze che sono il frutto delle idee diverse, o contrarie affatto. E quando principiai a vedere ammalati di questo genere come consulente, non di raro mi avvenne di raccogliere fatti importanti, i quali mi hanno costretto a rifare la via ed a modificare i miei concetti terapeutici; perchè mi sono trovato innanzi a risultati, che avrei ritenuti molto improbabili, giudicando colle mie vedute scolastiche.

Dalla esperienza adunque, prima di tutto, fui indotto a riconoscere il vantaggio di certe pratiche curative, che aveva imparato doversi addirittura proscrivere. — Conseguentemente sostengo, che i casi, dei quali faccio parola, presentano generalmente l'indicazione di una cura minorativa e talora del salasso.

Questo però non deve essere preso in modo sistematico; deve essere meglio interpretato secondo le esigenze cliniche dei singoli casi; però mi affretto a modificare le stesse mie frasi con altre più comprensive nel modo seguente: – in generale v'è la indicazione di una cura sottrattiva, la quale, a norma dei casi, sarà il salasso generale, od il salasso locale, o la sottrazione indiretta quale può aversi per l'uso de' purganti ed anche per la estrema diminuzione della dieta, a cui sono costretti gli ammalati dalle stesse sofferenze, oppure consigliati opportunamente.

Trattandosi di un argomento tanto dibattuto, non posso limitarmi ad una semplice asserzione, sebbene abbia detto fondata sull'esperienza: devo, per quanto lo consen-

tano i miei mezzi, dimostrarne del pari la giustezza scientifica.

Da vari anni insegno, che *la indicazione del salasso non viene data dalla malatia, sì bene dai sintomi in quanto questi sono espressione di date condizioni morfologiche dell'individuo.* Se non erro, in queste frasi sta compendiata una dottrina, che non ha nulla di comune colle teorie che in passato proclamarono la pratica del salasso. – In altro lavoro, cui sto dedicandomi da vari anni, potrò prendere le mosse *ab ovo*, trattando della morfologia del corpo umano; qui mi limiterò a succinta esposizione degli argomenti che mi hanno servito di base alla sovraesposta proposizione.

L'illustre prof. Corradi, notissimo scrittore di storia medica, dissertando sul grave argomento della *diminutio sanguinis* al R. Istituto lombardo di Scienze e Lettere, fatte conoscere le vicende della dottrina sul salasso, venne a constatare la tendenza da alcuni recentemente mostrata a rimettere in uso questo presidio terapeutico. Sono lieto di ciò, e spero, che alla sua rara capacità di raccoglitore e di critico non isfuggirà la mia proposizione come quella che, non solo corrobora quant'egli ha constatato sul ritorno del salasso nel campo della terapeutica, ma altresì come quella che segnala il nuovo indirizzo della osservazione e le ragioni scientifiche le quali consigliano a noverare nuovamente il salasso fra i mezzi di incontestabile utilità.

Ricorderà il lettore il risultato delle ricerche che ho esposto discorrendo della disposizione alla tisichezza polmonale e quelle pure che servirono a riconoscere il meccanismo organico, per cui le malatie di cuore dello stesso nome possono offrire tanta varietà di sintomi; finalmente ri-

corderà alcuni concetti che ho accennati quando parlai della cura della scrofolosi addominale. Ebbene, ciò ricordando, gli sarà facile comprendere, come si possa dimostrare che la indicazione del salasso sia da trarsi, più che dai sintomi in sè, dalla speciale morfologia dell'individuo.

In vero, si danno individui nei quali lo sviluppo del sistema circolatorio è tale, che il più piccolo sconcerto di funzione cardiaca si manifesta qua, o colà, o generalmente in tutto l'organismo con sintomi corrispondenti di alterazione idraulica specialmente nel dominio della circolazione reflua; ed allora basta prendere in esame rigoroso lo stato del cuore ed il quanto ed il dove si estende l'alterazione idraulica, per riconoscere il modo d'origine dei sintomi fondamentali e per scorgere se la sottrazione sanguigna sia indicata — o, per meglio dire, quale metodo convenga di cura sottrattiva.

Dopo questo concetto dobbiamo avere presente un altro; ed è che vi sono individui ai quali conviene precisamente la qualifica di plettorici. - Lasciamo da banda ora le teorie ed atteniamoci ai fatti che possiamo raccogliere fra gli errori delle teorie passate. È vero che si fece una esagerazione tale della cura del salasso, che era necessaria la reazione che venne a limitarne l'uso; ma è vero del pari che alcuni individui, a differenza di tantissimi altri, dal salasso trassero grande vantaggio durante la loro lunga esistenza.

Ho raccolto questi fatti sulle prime coll'aria dell'incredulo, anzi del protestante; poscia i fatti medesimi mi trassero a meditarli sotto il duplice aspetto dell'effetto del salasso e della organizzazione dell'individuo che lo reclamava, ed ho convinto me stesso, che non basta de-

clamare contro una teoria perchè ha prodotto dei danni, ma bisogna estendere l'esame su tutti i fatti che le si riferiscono, per trovare il lato buono. E il lato buono della teoria del salasso sta proprio rispetto a quei casi nei quali la sua applicazione, comunque si voglia poi spiegarli, ha portato risultati utili e salutari.

Prendendo poi ad analizzare morfologicamente e fisiologicamente gli organismi che colla vecchia frase si dicono plettorici, si trovano in essi attributi indiscutibilmente diversi dagli altri che appartengono ai non plettorici. – Il prevalente sviluppo del sistema arterioso, cui corrisponde un cuore di proporzioni ragguardevoli; la quasi voracità e la massa sanguigna ricchissima di globuli rossi; la tolleranza colla quale sopportano le perdite sanguigne: la rapidità colla quale ripristinano le perdite subite, sono caratteri che non possono passare inosservati.

Per la qual cosa, come ho detto innanzi, che vi sono organismi, nei quali una lieve alterazione funzionale del cuore fa emergere sintomi nella parte dove esistono speciali condizioni vascolari, – verificandosi così ciò che chiamerei plettora parziale venosa più o meno estesa [1]), qui aggiungo, che vi sono organismi fisiologicamente plettorici, nei quali – se hanno luogo alterazioni funzionali del cuore –

---

[1]) Forse si osserverà, che in luogo di questa denominazione avrei potuto usare quella di *stasi venosa:* ma questa frase non rende esattamente il mio pensiero, nè la realtà delle cose. Si tratta di stasi, è vero, ma di stasi, che si determina dove anche prima della alterazione cardiaca, il sistema vascolare, per anomalia di sviluppo, era esuberante, quindi opportunamente disposto perchè in seguito alla lesione funzionale del cuore si rendessero più palesi i fenomeni della semplice stasi. L'anatomia normale e patologica offrono esempi di questa condizione di cose; il male è che non siasi mai posto mente ad esse.

i fatti della alterazione idraulica sogliono essere assai più pronunciati e gravi.

A tutto questo corrisponde pienamente l'esperienza clinica. – Ho già detto, che i casi morbosi complessi dei quali ci occupiamo, si manifestano differentemente e differentemente si risolvono; e ciò perchè la sintomatologia origina secondo le esigenze morfologiche del sistema circolatorio e le funzioni terapeutiche stesse corrispondono a seconda che valgono, o meno, a sopprimere le conseguenze delle plettore surricordate.

In proposito meritano di essere ricordati quei casi nei quali, versando il paziente in condizioni gravi ed anche gravissime, non essendosi provveduto mediante la cura più idonea, si videro comparire delle emorragie; dopo le quali tutto prese andamento migliore, malgrado sull'emorragia s'avessero fondati tristi pronostici. – Ricordo alcuni di questi casi importantissimi, nei quali la emorragia o nasale, o polmonale, o gastrica, od emorroidale, unica o ripetuta, ha segnato, quasi direi, il limite della resistenza vasale, il punto più alto della parabola dei sintomi, l'estremo istante di un lavorio di adattamento organico, nel quale stavano tutti i momenti produttori della complessa, grave e perigliosa sintomatologia.

Per comprendere tutto questo bisogna propriamente svincolarci da ogni teoria precedente, accogliere i fatti nella loro più semplice espressione ed applicare fedelmente alla clinica la conoscenza de' fenomeni biologici che devono verificarsi nei singoli casi secondo la legge delle correlazioni anatomiche e fisiologiche.

Ma vi ha di più. – Non devesi dimenticare che tutte le precedenti consideraziоui vanno riferite ad organismi

che fanno un passo verso la vecchiaia, od in questa si innoltrano. Questo vuol dire, che a rendere la sintomatologia complessa più seria, o più estesa, od in qualche località più compromettente, contribuisce o il determinarsi, o il progredire delle alterazioni arteriose. - Non è mestieri che si facciano molte parole per dimostrare la importanza di ciò: basta, dopo avere considerato il complesso dei sintomi morbosi i quali tutti depongono per singolari alterazioni circolatorie, basta, io dissi, rammentarci quello che i fisiologi insegnano intorno alla resistenza delle arterie nello stato normale e nel patologico: — se normali la carotide e la femorale non si rompono che sotto la pressione, di 7-8 atmosfere, nelle condizioni patologiche non resistono alla pressione di 5, di 3, di 2 atmosfere (*Grehant et Quinquand*). — Nel nostro caso non si tratta di vedere fendersi le pareti arteriose, ma bensì di sapere come il loro coefficiente di elasticità sia vinto dalla eccessiva pressione interna, come la loro contrattilità sia soppressa per la lesione trofica dei tessuti contrattili, come di conseguenza - anche indipendentemente dall' attività del cuore — possano gli accennati fatti contribuire alle stasi viscerali.

Tornando ora al tipo morboso complesso cardiaco-vascolare per discorrere della cura, dirò, come la cura così detta minorativa sia la più opportuna, quasi direi la necessaria cura, giusta quanto dimostrano non pochi casi, nei quali si può asserire, che la risoluzione dei fenomeni morbosi è stata spontanea; — così l'insegnamento pratico che se ne può trarre, è dei più eloquenti e persuasivi.

Invero, quando io stesso partecipava delle idee asten-

sionistiche assorbite nella scuola e dai libri, dovetti riconoscere un fatto e qualche volta constatarlo dietro le incessanti osservazioni di ammalati intelligenti, i quali - saranno stati imbevuti di idee erronee quanto si vuole - ma ragionavano in guisa, a fatti compiuti, che io doveva meco stesso approvare e propormi quindi un più serio esame sulla mia condotta. – In un caso, quando fui chiamato, mi sentii fatta la prescrizione dal malato medesimo, il quale dicevami; se non mi salassa, muoio; (qui c'è l'esagerazione) vedrà che sarà obbligato a salassarmi per guarirmi. — Dopo il mio esame non trovava da fare altro se non che eccitare la depressa funzione cardiaca, stimolare l'innervazione, prescrivere la dieta e tratto tratto accorrere per correggere con mezzi ancora più energici la deficiente attività del cuore ecc.

Rianimata questa, riordinata la innervazione, il paziente avrebbe dovuto essere ripristinato nelle sue condizioni, se altro non fosse rimasto da compiere; ma non era così. Dopo un periodo di sofferenze maggiori, o minori, che si protraevano malgrado la cura, interveniva una sciolta intestinale, poi della diuresi. Intanto il paziente non introduceva cibi, o ne introduceva pochissimi; così solo più tardi ed in modo apparentemente spontaneo veniva in campo il miglioramento.

Fermiamoci a questo punto e domandiamo: perchè nel paziente non potè aver luogo il miglioramento, se non dopo un relativo digiuno e le perdite subite intestinali e renali?

Risponderemo più tardi; ora notiamo quanto segue che trovo nelle mie note a proposito d'un caso interessantissimo:

Il paziente lottò per qualche mese contro le difficoltà del respiro, della digestione e un giorno rinnovossi la scarica alvina abbondantissima: nella notte ebbe quindici evacuazioni diarroiche sierose; nel giorno seguente tre abbondanti e otto scarse sempre della stessa qualità, senza per questo sentirsi aggravato nello stato generale. Parendomi che esuberassero le perdite intestinali, ricorsi a qualche stitico e le arrestai. Il paziente dopo due giorni mi avvertiva, che essendo cessate le scariche eragli tornata la sensazione di pienezza, gonfiezza del ventre e non ancora si trovava contento dell'appetito.

Il deperimento generale era notevole — si presentava pallore delle muccose, debolezza generale, facile il sussulto cardiaco ai movimenti del corpo. Al cuore era apparso un leggero soffio all'apice del ventricolo sinistro e il 2. sulla aorta era bipartito, secco, aspro. — Trovai le indicazioni della cura tonica, analettica; quindi prescrissi gli amari, la dieta più nutriente, gli eccitanti cardiaci ed insieme le frizioni aromatiche sulla cute.

Il paziente non rispondeva ancora alle cure fatte: si rinnovò la diarrea sierosa profusa, che questa volta lasciai senza rimedi e che andò a poco a poco cessando. Il paziente intanto ridotto anemico, magro, principiò a digerire meglio ed a trovare sonno nella notte. — Rifacendo l'esame ho constato che il ventre era molle, il fegato ridotto ai confini normali, il cuore batteva meno frequentemente, più regolarmente, ma persisteva il soffio sistolico all'apice ed un altro alla base sul focolaio aortico.

Ora faccio per la seconda volta la domanda: perchè col pronunciarsi dell'anemia, del dimagramento si determinò il miglioramento stabile e progressivo?

Continuando l'osservazione del paziente ho veduto, che potè ripristinarsi nello stato primiero della nutrizione, che riguadagnò gran parte delle forze; ma veramente non tornò alla vigoria primiera e sopra tutto dovette assumere un programma di igiene differente da quello che aveva fino allora seguito.

Un altro caso mi ha pure grandemente impressionato per il fatto che quando principiarono a manifestarsi i primi sintomi della malatia, si videro fenomeni di miglioramento successivo e profusa perdita emorroidaria. Il paziente ben portante, operoso, eccitabile, venne per il ripetersi delle emorragie in uno stato deplorabile di anemia, di dimagramento, di gonfiezze ai malleoli e si temeva che il progresso dei fatti cardiaci e quello dei discrasici avrebbe troncato la esistenza. Quando invece quelle condizioni vennero scemando a poco a poco col rianimarsi della funzione cardiaca e il paziente abbandonò il letto e riguadagnò discreta salute che gli permise altri 12 anni di vita: — ammalò a 50 e morì a 62 d'insufficienza aortica.

Perchè in questo caso il miglioramento ebbe luogo sul determinarsi delle emorragie emorroidali?

In questo caso e nel precedente abbiamo veduto pronunciarsi la sintomatologia nella apparente pienezza della salute ed abbiamo veduto dissiparsi a poco a poco la gravezza minacciosa dei sintomi cardiaci quando i pazienti erano ridotti oligoemici magri, quando spontaneamente si erano effettuate alcune fenomenologie (diarrea sierosa, poliuria) che contribuirono a far cessare quello stato di turgore epatico, di torpore circolatorio, di eccessiva pressione intravasale, con cui si confermavano i sintomi della malatia complessa.

Per la qual cosa io mi sono chiesto, se di fronte alla sintomatologia di questi casi non valga la pena ridurre addirittura, nel modo e nella misura che nel caso si conviene, la massa sanguigna. Mi avvicinai quindi col pensiero alla questione terapeutica come si presentasse per la prima volta, dirò così, immemore delle teorie.

I fatti che mi si offersero poscia, mi hanno dato larga messe di osservazioni e conformemente a ciò che dissi più sopra, posso in base a queste osservazioni stabilire le seguenti conclusioni:

La cura minorativa è suggerita dalla esperienza. — Essa può farsi col salasso generale, col salasso locale, coi mezzi purgativi e colla dieta lattea. – La scelta del metodo dipende dalle condizioni costituzionali del paziente, non che dalla speciale sintomatologia del caso. – Lo scopo che ci dobbiamo proporre applicando la cura minorativa, è quello di alleggerire la circolazione sia in un distretto dell' organismo, sia nell' organismo in generale, quando, o lo stato dei vasi, o quello del cuore si manifesta incompetente a prolungare l' ufficio loro fisiologico in un certo stadio della vita, che corrisponde alla incipiente senilità, oppure alle progressive alterazioni della senilità.– L' obbiezione alla cura minorativa tratta dal considerare, che per essa può generarsi uno stato di oligoemia dannoso al paziente, è confutata dal fatto, che, nei casi di cui è parola, il miglioramento stabile e decisivo dei sintomi si verifica quando il paziente, sia per le alterazioni della digestione, sia per le perdite spontanee a cui è esposto, è caduto in condizioni d' anemia e di generale deperimento.

Fissate queste norme generali, dipende dall' esatta interpretazione dei casi pratici l' appigliarsi ad una via, o ad un' altra. – Vi sono casi che si presentano con un corredo di sintomi imponenti ed in modo rapido aggravantisi, che vengono alleviati con una sottrazione generale; – altri nei quali la sintomatologia pare sia venuta preparandosi a poco a poco e nei quali giova ricorrere invece alla sottrazione anale; — altri nei quali sono sufficienti le indirette sottrazioni che sogliono farsi mediante l' uso delle acque alcaline purgative, metodicamente somministrate.

Dalla storia della malatia ultimamente superata dall' onorevole Cairoli - cui mi lega profonda stima e caldo affetto - potrei trarre validi argomenti di fatto a sostegno delle cose esposte. Da quanto rilevai dal mio esame che feci prima che si aggravasse in Roma e dopo che nella sua dimora di Belgirate s' era costituito una specie di stazionarietà, posso asserire di avere constatato una condizione morbosa complessa, nella quale i fatti cardiaci apersero la scena, si aggravarono con quelli epatici e addominali. Quando lo vidi la seconda volta, questi ultimi fenomeni andavano crescendo e mi sembrò di interpretare i bisogni dell' organismo prescrivendo anche una cura minorativa mercè il sanguisugio all' ano. Questo non venne praticato; il paziente andò vieppiù aggravandosi e solo quando fu ridotto al massimo della denutrizione ed ebbe luogo una abbondante inattesa emorragia, si sciolsero i fenomeni gravissimi ed iniziò il miglioramento che fu progressivo. Ho udito alcuni, che non hanno un concetto esatto della patologia medica, fare le più alte meraviglie di ciò e lanciare frizzi ridicoli alla diagnosi, alla prognosi,

alla cura in genere e glorificare qualche mezzo empirico, solo perchè, a processo compiuto, parve rispondesse al bisogno del momento. Io per altro, con buona pace di costoro, dichiaro convintissimo, che se fossero state soddisfatte le vere esigenze fisiologiche dell'organismo a tempo, dietro i concetti che sono venuto sviluppando, la malatia sarebbe stata meno grave e di più breve decorso.

In tutti i casi il metodo sottrattivo torna efficacissimo, perchè, se la sottrazione sanguigna serve a rimovere il pericolo del momento, od a diminuire la severità di alcuni sintomi, resta poi ad ultimare il processo curativo, che consiste precisamente nel secondare le esigenze dell'organismo che va modificandosi per le ragioni più volte ricordate e che dimostra come l'apparecchio vascolare non possa sostenere ulteriormente la gravezza delle funzioni fino allora sostenute.

Soddisfatte queste indicazioni principali, si deve provvedere ad altre minori, che vengono presentate dai sintomi speciali che ogni ammalato può offrire e intorno alle quali non ho da dire cose che sieno meritevoli di speciale menzione. Solamente rammenterò, che in ragione si vedranno scemare i fenomeni dipendenti dalle alterazioni idrauliche, si dovranno impiegare rimedi che eccitano la funzione cardiaco-vascolare e la nervosa in genere. Su questo proposito devo riferire il grande vantaggio che soglio constatare assai frequentemente, per non dire costantemente, mercè la stricnina per via ipodermica. — Quando il paziente accenna essere in uno stato di abbattimento, come suole avvenire per malatie acute ed esaurienti e stenta a ricuperare quella vigoria tanto delle funzioni vegetative quanto di quelle di relazione che è pos-

sibile nel caso concreto, prescrivo le iniezioni ipodermiche della stricnina alla dose di un millig, coll' avvertimento di aumentarne la dose giornalmente fino alla tolleranza.— In un caso, nel quale consigliai la cura minorativa indiretta, dopo che altri medici avevano giudicato il paziente incurabile e bisognoso di tenere il letto per non essere colto dai fenomeni della paralisi cardiaca, l' uso ipodermico della stricnina fu portato fino a 12 millig. al giorno e fu continuato per oltre un mese e mezzo. Dopo questo tempo il paziente mi si presentò di aspetto molto migliore sebbene dimagrito, più vigoroso malgrado la cura minorativa operata non solo mercè lo impiego dell' acqua purgativa, ma anche con una dieta appena proporzionata ai bisogni dell' organismo: – il suo cuore era ridotto di un centimetro sopra tutti i lati e la funzione cardiaca così rinfrancata che il signore potè abbandonare il letto, la stanza, la casa e riprendere l' abitudine del passeggio che vennegli infine ordinato quale mezzo d' igiene. Si trattava di un signore che aveva passata la sessantina e che con un complesso di fenomeni cerebrali, cardiaco-vascolari ed epatici era a poco a poco infermato, quando appunto il suo organismo faceva un altro passo nello stadio della senilità.

L'impiego della stricnina non può sempre durare troppo lungamente per varie ragioni, e d'altronde, essendo arrivati a dose così elevata, non si deve sospendere d' un tratto, ma si deve grado grado ridiscendere alla dose iniziale. Nello stesso tempo in alcuni casi gioverà sostituirla con qualche altra pratica, la quale giovi a intrattenere le buone condizioni della innervazione. In proposito ho fatto esperienze che meritano essere ricordate per i buoni ef-

fetti che ne ottenni: – ho prescritto l'uso delle frizioni fatte col ghiaccio sulle estremità e sul tronco, seguite poi da massaggio per *effleurage* sulla cute e *pettricage* sui muscoli.

Però anche per questa pratica delle frizioni col ghiaccio ho dovuto riconoscere che giovano alcune avvertenze, perchè la suscettività degli individui è molto differente.– Alcuni per es. tollerano quest'operazione colla massima indifferenza e magari sono signori che hanno tanti altri fenomeni che appartengono alla eccitabilità nervosa femminea; altri per lo contrario sono così impressionati dalle frizioni che possono averne malessere e concepire poi la maggiore ripugnanza per esse; e questo può vedersi anche fra uomini che pure non hanno prima manifestato attributi di squisita sensibilità generale. – Il perchè raccomando sempre che prima di tutto venga assaggiata la tolleranza del paziente, e siccome spesso non ponno aversi in proposito informazioni esatte, così credo opportuno attenermi alla norma seguente: le frizioni col ghiaccio devono praticarsi prima sulle estremità inferiori nel dominio del nervo ischiatico; successivamente quando nelle sedute ulteriori il paziente mostra una maggior tolleranza, le frizioni si estendono alle natiche, indi alla parte inferiore del tronco, poi a tutto il tronco e finalmente alle estremità superiori. Con questa norma si ottiene il vantaggio di una operazione terapeutica di una efficacia non indifferente, perchè con essa e col massaggio successivo si impressiona opportunamente il sistema nervoso, si governa la circolazione generale e indirettamente la nutrizione.

Ho confrontato l'azione delle frizioni col ghiaccio e l'azione della stricnina e mi risulta, che mentre possono

esserne assomigliati gli effetti finali, pure il meccanismo d'azione è così diverso, che terapeuticamente parlando, deve dirsi convenire che l'uso della stricnina preceda quello della frizione col ghiaccio.

Tipo nervoso. — Le persone che più frequentemente ci somministrano esempi di questo stato morboso complesso appartengono agli estremi opposti della categoria che diremo dei nervosi: – da una parte abbiamo coloro che sono dotati di grande operosità intellettuale; dall'altra individui che invece sono conosciuti per essere stati di capacità mentali limitate. Per altro gli uni e gli altri sono nevrosici più o meno, distintamente.

Considerando questo tipo clinico, abbiamo occasione di convincerci sempre più, che ogni uomo, nascendo, porta con sè il suo destino, in quanto che, vuoi che per armonico e regolare sviluppo nervoso sia indotto a funzionare instancabilmente; vuoi che per irregolare, od imperfetto, od assimmetrico sviluppo nervoso sia stentatamente operoso, sempre avviene, che nel primo caso, pel relativo eccesso di lavoro, nel secondo, per lo sforzo funzionale, invecchiando, si manifestino più specialmente alterate le funzioni della innervazione. Insieme poi alle alterate funzioni della innervazione si avranno altri fatti morbosi inerenti ad altri organi, od apparecchi a seconda dei casi.

Nel giudicare questo tipo morboso si possono commettere due errori: – talvolta si subordinano i fatti della innervazione ai sintomi coesistenti d'altre parti dell'organismo; oppure ai fatti delle alterate innervazioni si attribuisce un valore che non hanno — se ne esagera la significazione.

V'ha chi, essendo arrivato a 50, a 60 anni, viene colto o rapidamente, o a poco a poco, da una debolezza agli arti che si accusa come insolita e crescente stanchezza. Insieme possono darsi disturbi respiratorî, qualche anomalia della funzione cardiaca e alterazioni dell'apparecchio chilopeietico. – In tali casi anzi tutto si mira ad allontanare qualsiasi timore sull'avvenire delle funzioni della innervazione, affermandosi insistentemente che tutto procede per bene. Pare ragionevole questo a tutta prima; ma, a dir vero, in seguito alla cura dei sintomi che più specialmente reclamano un trattamento qualsiasi, non si vede dissiparsi il fenomeno della alterata innervazione. Tuttavia il paziente ha riguadagnata la digestione, oppure ha migliorato quel po' di catarro bronchiale, od ha rinvigorita la funzione del cuore e si ritiene guarito; della superstite debolezza agli arti si trova la ragione nella malatia superata e si tira avanti fra le illusioni, che poi vengono distrutte da qualche altro fenomeno, il quale può essere di paresi agli arti, o alla vescica, accompagnato da alterazioni della sensibilità. Allora soltanto si pensa alla possibilità di materiali alterazioni del sistema nervoso e si cercano i più opportuni mezzi relativi.

In questo caso è stata accordata poca importanza ai fenomeni nervosi.

Un altro paziente con fenomeni di alterata funzione degli organi digerenti, con disturbi cardiaci, accusa lassezza generale, formicolio agli arti inferiori, torpore della sensibilità, della mobilità, qualche dolore trascorrente lungo gli arti. Si annunzia una lesione spinale, a questa si subordina il resto e necessariamente la cura non risponderà allo scopo. Le frizioni agli arti, qualche iniezione ipoder-

mica contro i dolori, qualche altro rimedio internamente, poi un poco di elettricità non fanno nulla di bene.

Qui si ha esagerata la importanza dei fenomeni della innervazione. Non si tratta di mielite, ma di alterazioni puramente circolatorie, che vedremo poi come sorte e come possono curarsi.

Ho accennato a due maniere di errori che si possono dare; ora proverò a dimostrare la causa di simili errori diagnostici.

Anche qui, devo ripeterlo, v'è un errore di metodo ed un altro di osservazione. — Il primo consiste nel volere trovare nell'ammalato il punto della malatia, non i luoghi nei quali può essere una alterazione: — il secondo consiste nel non apprezzare esattamente il valore dei sintomi secondo il criterio patogenico.

Vo' dare un esempio il quale renda anche più chiaro il mio pensiero: tra un paziente che accusa una semplice stancabilità delle membra maggiore dell'ordinario, e un altro il quale dichiara sentire il formicolio, qualche dolore, senso di peso agli arti, senza dubbio quest'ultimo impressiona maggiormente, e si corre col pensiero alla idea d'una malatia dell'asse spinale; mentre il primo lascia credere che tutto finisca e presto. Ma facciamo questo giudizio, perchè non si mettono a posto le cose tutte che negli individui si incontrano; perchè non si studia minutamente il modo di comportarsi dei fenomeni morbosi nell'individuo e vogliamo troppo frettolosamente ricordarci qualcuno dei quadri nosografici stampati sui libri per conchiudere; arriva, finalmente, perchè dimentichiamo che negli individui dei quali è discorso, può darsi che fenomeni apparentemente leggieri prenunzino il lento svolgersi

di profonde lesioni, mentre altri, che sembrano gravi, tutt'al più rappresentano l'effetto di varie influenze, che reciprocamente esercitano fra di loro gli organi del corpo nostro e che possono essere rimosse.

Prendiamo in esame i casi succitati, anzi procediamo, – come fanno i matematici per mezzo dell'ipotesi. Supponiamo che sia vero che in un caso la stanchezza delle membra sia effetto degli altri fenomeni morbosi. Se ciò fosse vero, bisognerebbe anzi tutto che la durata e la intensità degli altri fatti morbosi giustificassero l'ipotesi: mentre in casi consimili si osserva subitamente che non v'hanno rapporti normali di causa e di effetto. Se fosse vero il supposto, non starebbe un fatto, che la diligente anamnesi mette in chiaro, ed è, che i sintomi agli arti hanno realmente cominciato prima che gli altri entrassero in campo. Di più l'anamnesi rileva pure, che il paziente ha abusato del moto.

S'intende che nessuno vorrà attribuire al moto la causa principale dei fenomeni spinali; ma piuttosto attribuire alla organizzazione individuale la tendenza allo abuso del moto od altro e quindi la speciale disposizione ad ammalare.

Invero se l'anamnesi sarà stata esatta, ci verrà ricordato come nel paziente preesisteva una certa disposizione ereditaria alle malatie nervose; e terremo questo criterio fra ogni altro importante, perchè oramai è constatato, che l'ereditarietà per le malatie nervose è fatale.

Non basta ancora: – quella semplice stancabilità delle membra porta seco un cambiamento nella sensibilità, che generalmente gli ammalati non accusano; cioè c'è il bisogno di coprire gli arti perchè più facilmente sentono

il freddo; v'è qualche molestia al movimento che si fa sentire alle articolazioni del piede e del ginocchio, ma specialmente del piede.

Sono inezie, dirà taluno; ma io non ho inventate queste inezie; sono fatti invece, che ho raccolto da storie nelle quali ho cercato la causa dell'errore diagnostico nel quale sono caduto io stesso. Sono fatti che non potranno essere spiegati, ma che non possono dimenticarsi quando si rifletta, che gli altri sintomi morbosi e quelli dell'intestino, e quelli dell'apparecchio circolatorio, e quelli del respiro, poterono modificarsi, migliorare, mentre gli altri rimasero e crebbero sino al punto da assumere la loro vera significazione. – Non sono inezie, ma fatti che devono essere raccolti dalla vera osservazione fisiologica e convenientemente apprezzati, se una buona volta vogliamo davvero togliere la clinica dall'empirismo nosografico.

Così è del caso opposto, nel quale si esagerò la importanza dei fenomeni spinali. Manca il criterio dell'ereditarietà; sussistono per lo contrario fatti di alterata idraulica, da cui tutto dipende. Invero i fenomeni spinali saranno insorti con rapidità ed avranno seguito quelli che si trovano, o nel grande sistema della circolazione, oppure più che altrove segnalati nella circolazione portale.

Nel complesso dei sintomi morbosi può essere facile lo smarrire la via per arrivare ad un giudizio esatto sulle cose; ma la connessione che passa tra i sintomi che stanno legati alla alterata circolazione e quelli che dipendono dalla innervazione spinale, costituisce per me un criterio che per lo meno mi fa sospendere il giudizio e ricercare più diligentemente l'origine delle cose.

In vero ponno darsi – come ho accennato – due casi: –

o il paziente offre indizi di invadente ateromasia; oppure presenta quelli di una stasi orditasi nel dominio della porta. — Nel primo caso si tratta di un mutamento idraulico dipendente dalle alterazioni che s'incontrano nei rami arteriosi che dell'aorta si dirigono allo speco vertebrale; - nel secondo di torpore circolatorio in tutti i confluenti delle vene emorroidali, quindi nelle vene prevertebrali, quindi ancora nelle vene spinali.

Come è costume del processo ateromatoso, che nel determinarsi reca seco molti sintomi e talora gravi, i quali a poco a poco si dissipano quando torna a riequilibrarsi la circolazione, così si comprende la fugacità dei fenomeni per quanto allarmanti. E d'altra parte, siccome i fenomeni portali stanno dipendenti da condizioni intraddominali, che possono alla loro volta dissiparsi - sia mediante la diarrea spontanea solita in simili casi sia mediante cura appropriata - così anche i sintomi spinali a poco a poco scompariscono.

Rammentiamo quali mutamenti ponno incontrarsi nel sistema circolatorio spinale delle persone invecchiate e troveremo la giustificazione dei fatti clinici, non che la giustezza delle cose esposte.

Egli è certo che di fronte ai quadri clinici complessi fin qui discussi, si deve poi tener conto della influenza che le diverse parti dell'organismo esercitano fra di loro; come pure bisogna avere sempre presente, che la meccanica dei sintomi nei diversi individui varia secondo la costituzione loro. Perciò qualunque sia l'associazione sintomatica del caso, il nostro giudizio deve poggiare anche sulle considerazioni che dovremo istituire sul prevalere nel caso concreto del sistema arterioso, o sulla denutrizione

e quindi dilatazione del sistema venoso, come precisamente suole avvenire in generale quando inizia e procede la vecchiezza, ma in modo speciale in alcuni individui.

Da alcuni anni ho cominciato queste osservazioni e ricordo qualche caso tanto evidente che fu per me, io direi, una rivelazione. Era un individuo stato scelto per un esame di laurea e che toccò al D.r Pennato, già mio dilettissimo assistente, ora medico primario nell'ospitale di Udine. Egli aveva fenomeni paraparetici, che si erano sviluppati mano mano che venivano espandendosi le reti venose. - Da questo caso, dove altre cause non erano incorse, appresi che deve indagarsi a contribuzione della patogenesi delle affezioni spinali nella età in cui iniziano i fenomeni della vecchiaia, questi fatti vascolari, quindi a tentare alcune cure che mi pare possono proporsi con vantaggio.

Altri tipi nervosi si danno ed anche più complessi dei precedenti.

V'hanno individui che dopo una laboriosità fenomenale, cadono ammalati ed hanno un po' di tutto: - qualche fenomeno cerebrale, debolezza generale, sintomi di astenia cardiaca, di catarro gastro-enterico, spesso esiste anche la febre. — Al primo pronunciarsi dei sintomi, possono prevalere fenomeni del capo, o fenomeni spinali, oppure anche addominali ed il giudizio è difficile quanto grave. Da un lato i sintomi nervosi traggono a sospettare una insorgenza nei centri; dall'altro la febre, la lingua arida, secca, la sonnolenza, tutto si atteggia a simulare una forma infettiva. L'andamento delle cose varia assai a norma dei casi: talora predomina la sonnolenza, tale altra una certa eccitazione nervosa; ponno aversi i sussulti

tendinei, il tremore, e con questo ora fenomeni di alterata funzione cardiaca, ora di alterata funzione intestinale e la sete viva; in mezzo a tutto questo ciò che impressiona, è l'abbandono delle forze. Più presto, o più tardi, sorgono altresi fenomeni vaso-motori, i quali hanno quasi un decorso periodico e stanno in rapporto col resto della sintomatologia. La quale poi offre un carattere importante nelle facili oscillazioni: ora è grave, ora s'alleggerisce, ma si protrae qualche settimana e talvolta perfino un mese.

Questo è un tipo morboso che non permette un giudizio definitivo, perchè gli eventi che sovrastano, sono parecchi. Quelli inerenti a serie alterazioni della innervazione sono sempre minacciosi; ma in pari tempo potrebbero aversi le conseguenze del processo febrile insistente, oppure quelle di una progressiva alterazione epatica, che non tarda a far seguito alle lesioni gastro-enteriche, oppure le conseguenze della lesione del sistema circolatorio colle solite complicanze negli organi del respiro. – Il concetto più pratico e, credo io, anche più armonizzante colla scienza, sarà quello che comprende tutto e che insieme accentua i fatti del sistema nervoso, in quanto che ne' casi sfortunati è appunto una manifestazione apoplettiforme quella che va poscia iniziando una sintomatologia lenta lenta, ma progressiva; oppure saranno lievi, quasi inapprezzabili segni di deperimento cerebrale, per cui a poco a poco si osserva o lo indebolimento della memoria, o la perdita parziale di questa facoltà, o il pervertimento del carattere ecc. con crescente debolezza delle funzioni motorie generali.

In alcuni casi la coorte dei sintomi si presenta fin da principio in modo tumultuario, e successivamente si

comportano così che ora predominano gli uni, ora gli altri. – In un caso ho veduto una forma febrile con tendenza al sopore, ma dopo alcuni giorni predominò il subdelirio con qualche iperestesia ed iperalgesia agli arti.

In altro ho notato un semplice stato di debolezza generale con fenomeni gastrici, e le cose che avevano aspetto lieve parve si aggravassero col manifestarsi d'una certa cascaggine dei muscoli dominati dal 7. a sinistra e di una tal quale difficoltà nella loquela.

In altro caso con fenomeni di mitissima febre, di lievi sintomi gastrici e di estrema debolezza generale trovai l'insonnia ostinata, successivamente poi venne in campo il meteorismo, la cefalea, la sonnolenza; i quali fenomeni si sostituirono a vicenda per un tempo non breve.

In un quarto infermo ho registrato il ricorso del fenomeno di Cheyne-Stohes fin dal principio della malatia, con uno stato generale di debolezza, di apatia estrema; facilissimo il singhiozzo, il crampo alle sure, la stitichezza, la cistoparesi. Ed anche in questo caso il quadro dei sintomi mutava ogni tratto, indipendentemente dalla cura: — pareva che le condizioni dei centri nervosi si modificassero a seconda delle funzioni circolatorie generali.

In uno quinto caso il paziente apiretico, con anoressia, stitichezza, scarse le urine, accusa capogiri, scalmane al capo, estrema debolezza generale; tre quattro volte al giorno prova delle strette momentanee al cuore, che gli procurano una specie di angoscia insopportabile. La mattina subdelirio, di giorno facili rumori d'orecchio, nausee e finalmente una eruzione anomala accompagnata da qualche sudore. Il paziente medesimo annunciava se il giorno che trascorreva, era quello dei fenomeni gastrici,

o quello dei fenomeni cardiaci, o quello dei fenomeni nervosi.

Potrei aggiungere altri casi; ma non importa accrescerne il numero, se non hanno una speciale importanza. - Vale la pena piuttosto di rilevare ancora, come questa fatta di forme cliniche, davanti alle quali o bene, o male, si tenta e si arrischia un diagnostico di malatia o d'un viscere, o di un altro, sono pur sempre incomprensibili, considerate come effetto di una locale lesione; mentre sono, io stimo, abbastanza facili a comprendersi quali stati morbosi complessi; dove si può dire essere tutto l'organismo anormalizzato, sebbene ora l'una, ora l'altra parte apparisca più compromessa.

Il predominio di alcuni sintomi nervosi spinge a pensare, che sede della lesione sia quella parte, o centro nervoso, da cui si sa poter essere sostenuti quei sintomi; ma lo arrestarci a questo concetto non è da medico intelligente e pratico degli ammalati, per quanto sappia mettere di sforzo dialettico e di teoriche notizie per dimostrare la verità della congettura diagnostica. Nei casi che stiamo considerando, non devesi mai obbliare, che la ragione medesima della età fa sì che in qualsiasi stato morboso semplice, è frequente la complicazione, perchè gli organi, i tessuti, cadono con facilità somma in istato di sofferenza secondaria, quando non sieno già in corso di latente alterazione. Per questo anche nel tipo complesso nervoso non devesi precipitare la diagnosi localizzando la malatia ne' centri nervosi, e nemmeno si deve troppo corrivamente subordinare ad un determinato centro nervoso il complesso delle funzioni alterate che si trovano nel paziente. Troppo è chiaro che, così procedendo, si guarda ad una

sola faccia della piramide e non può soddisfarsi alle esigenze scientifiche. Ed in vero, questi casi tanto importanti non vengono che raramente illustrati, perchè i fatti medesimi sfuggono alle interpretazioni suggerite da vedute unilaterali; nella loro complessità protestano quasi contro certe formole diagnostiche, le quali, anche se pronunciate e sostenute con qualche abilità, non possono resistere alla critica scientifica; e perchè, in fine, lo stesso meccanismo dei sintomi non è facile a vedersi per intero, quindi potranno scriversi delle storie, ma non si potranno mai, per ora almeno, portare le ragioni precise dei sintomi, nè trovare in questi la prova o la confutazione delle teorie predilette, od avversate.

A meditare profondamente questi casi complessi mi si presentano alcuni problemi ai quali la fisiologia non ha ancora risposto in modo assoluto, e intorno ai quali credo che la clinica, con maggiore corredo di fatti della fisiologia, possa intavolare una proficua discussione. E qui cade in acconcio un'altra osservazione a proposito di quei medici i quali credono di servire al progresso della scienza, applicando alla clinica tutto ciò che imparano dai libri di fisiologia, mentre in molti casi è necessario che essi medesimi facciano osservazioni con intento di fisiologo, indipendenti dalle teorie, perchè si trovano di fronte a fenomeni che non furono mai investigati dall'esperimento e perchè è compito della clinica controllare le stesse teorie. Però coloro i quali hanno il vezzo di deprimere il valore dell'osservazione clinica solo perchè non si fa ne' laboratori, e si fanno eziandio detrattori delle risultanze che la più soda o castigata esperienza ci fornisce, devono per-

suadersi, che la loro opinione è ingiusta e devono riconoscere, che potrebbero con vantaggio della scienza affrontare alcuni problemi unitamente ai clinici, senza ledere comunque il decoro di scienziato.

Qual è la legge fisiologica per la qaale gli organismi pervenuti ad una certa età possono, sotto la parvenza della salute, serbare latenti una o più alterazioni d'organi?

Quale la legge fisiologica che stabilisce il modo col quale si appalesano i fenoneni delle latenti alterazioni accennate, quando una causa eccezionale concorre ad ammalare una parte del corpo, in fino allora rimasta sana?

Mi si dirà che questa legge è quella dell' adattamento fisiologico, il quale ha un limite, oltre cui non è possibile l' armonia funzionale delle parti. Ma io osservo, che intorno a questa legge non fecero esperimenti i fisiologi per riconoscere tutte le ragioni scientifiche per le quali la stessa legge dello adattamento nei diversi tipi individuali si modifica; ed invece osservarono ed osservano fatti importantissimi tutto dì i clinici.

Quali sono le leggi che governano la versatilità dei sintomi degli stati morbosi complessi che abbiamo esaminato?

Mi si dirà, che qui abbiamo a fare coi fenomeni del ritmo delle funzioni nervose e col periodo delle funzioni stesse dell' organismo; – ma questa è scoperta di antica data, portata nella scienza della osservazione di tutti i medici; da essa mossero alcune ricerche, le quali non hanno che confermato il risultato della osservazione clinica. D'altronde leggi fisiologiche vere non abbiamo ancora; e la clinica osservazione per conto proprio ha riconosciuto che in ogni caso tanto il ritmo nervoso, quando il periodo

funzionale degli organi, presenta frequenti variazioni e di queste indaga le ragioni scientifiche.

I fenomeni straordinari che l'innervazione, che la circolazione, che la digestione possono presentare, alludono a momenti fisiologici che non si apprendono dai trattati e che aggiungono qualche pagina alla storia naturale degli organismi, perchè non pochi fenomeni morbosi rappresentano varietà fisiologiche dell'uomo sano.

Perché in un paziente, che pare sofferente di cuore, tra i molti sintomi suoi può presentare alterazioni di conducibilità nervosa tanto nei nervi spinali, quanto in quelli cerebrali? – Mio malgrado non mi venne fatto trovarne la causa tra le ricerche di *Helmoltz*, nè tra quelle di *Hirsch*, nè di *Wittich*, nè di *Richet*, nè di altri. Si può supporre un mutamento nelle condizioni chimiche dei nervi, almeno una variazione nel contenuto acqueo del tessuto nervoso; ma la ipotesi non è un fatto; ma la stessa ipotesi non è sempre fondata, perchè non si vedono alterazioni idrauliche sempre; non regge la ipotesi di fronte alla versatilità del fenomeno, mentre si mantiene costante la condizione di alterata funzione del centro cardiaco; in fine la ipotesi che mi propone la fisiologia è unilaterale e se invece mi lascio guidare dai risultati della osservazione clinica, sono indotto a porre un problema nuovo; un problema che interessa la fisiologia come la patologia, in quanto che il fenomeno della alterata conducibilità nervosa spinale e cerebrale, come fenomeno fittizio, può occorrere tanto nell'uomo sano che nell'uomo ammalato, e la coincidenza de' fatti patologici avvia a nuove ricerche sperimentali. – Altrettanto si dica dei fenomeni cerebrali, che riguardano la percezione, la memoria, la suscettibilità

psichica ecc., tutte funzioni delle quali negli ammalati di cui ci occupammo, presentano modificazioni varie, ricorrenti e che diversificano da quelle che avvengono nello stato di salute solo per la intensità del fenomeno; ma che ricevono luce dalla clinica osservazione, che registra certe coincidenze fenomeniche, le quali equivalgono a risultati sperimentali.

Perchè il volume del fegato in alcuni individui rappresenta un fatto, intorno al quale pare si colleghi la intera complessa sintomatologia? – Secondo *Ranke* il contenuto di sangue nel fegato rappresenta la quarta parte di tutta la massa sanguigna; dunque se cresce il suo contenuto, deve diminuire quello delle altre parti. – Da ciò si potrebbe trarre un argomento per giustificare alcune alterazioni funzionali di queste. Ma quale legge governa la distribuzione del sangue in questi casi, per modo che ora nei muscoli, ora negli altri organi, ora nel sistema dei vasi si faccia sentire l'effetto della minore quantità di contenuto sanguigno? Quali sono questi effetti? e d'altronde, è proprio inalterabile la cifra indicata da Ranke in modo che dalla variante patologica supposta debba necessariamente derivare una determinata serie di fenomeni morbosi? — Questi possono essere quelli della dispepsia gastro-enterica, quelli della glicosuria, della azoturia, ovvero quelli di anomalie di funzione cardiaca, o di funzione nervosa. Ma gli stessi fenomeni possono anche aversi senza l'aumento del contenuto sanguigno nel fegato. Qui dunque resta a scoprire qualche altra cosa — qui avremo da tener conto delle funzioni del fegato, ma non credo solo del fegato, sì bene di altri elementi fisiologici che devono concorrere alla sintomatologia e che

sfuggirono alla osservazione. Questa considerazione rende meno corrivi ad accettare il risultato sperimentale sulla glicosuria p. es. prodotta col classico esperimento di *Bernard*, anche ammettendo la iperemia epatico conseguente alla lesione nervosa, quale fondamento della teoria del diabete. Ho conosciuto un caso in cui coesistevano sintomi diabetici e gottosi; per altro, quando predominavano i primi, scemavano i secondi e viceversa. In questo caso non avevasi neppure ingrossamento del fegato. Però comunque piaccia partire dal dato fisiologico, che variando la quantità di sangue nel fegato si possono spiegare molti sintomi possibili a nascere conseguentemente, la fisiologia in questo non si presta ancora a tutte le esigenze della Clinica; e la Clinica dalla osservazione propria è tratta a proporre nuovi problemi alla fisiologia: – problemi che non concernono una parte dell'organismo, ma il suo insieme, perchè una ragione certamente vi deve essere per cui sopra una base fisiologica apparentemente identica, si possono dare effetti diversi in seguito all'azione delle cause stesse.

Tra i casi morbosi complessi che ho avuto occasione di osservare, merita speciale ricordo quello che ne ha offerto S. M. Don Pedro 2.° Imperatore del Brasile.

I diari politici nostrani ed esteri, che segnalarono le rare doti di mente e di cuore di questo personaggio, il quale ha riempito della sua fama il mondo, non diedero notizie esatte intorno alla grave malatia dalla quale fu colto a Milano, quando con giovanile ardore continuava le sue peregrinazioni scientifiche ed artistiche e indefessamente ricercava la conversazione di quanti sapeva studiosi ed eruditi.

Questo cervello di filosofo, questo cuore d'umanitario, questo artista nato, può dirsi che abbia voluto abbracciare tutto lo scibile, comprendere le aspirazioni della sofferente umanità e deliziarsi di tutte le bellezze del mondo. Non è perciò a meravigliare se, non ancora al sessantaquattresimo anno, porgeva aspetto di età più innoltrata.

Le cure del soglio affidate alle sue mani ancora giovanili, i lunghi viaggi, lo studio assiduo, le incessanti emozioni poterono convenire alla sua fibra nervosa, alla sua ferrea volontà ed alla sua eletta intelligenza; ma nelle stesse attitudini del suo organismo vuolsi ora indagare la ragione del suo infermare, che principiò prima ancora che S. M. partisse dal Brasile, quando cioè divenne glicosurico. La quale manifestazione morbosa esprimeva, giusta il parere dell'illustre collega ed amico *Charcot*, l'effetto dell'abuso della vita intellettuale e fisica.

Dato questo processo di preparazione, si comprendono facilmente tutti i sintomi che hanno costituito la malatia di S. M.; nella quale e fenomeni intestinali, ed epatici, e pleurici e vascolari e nervosi costituivano un vero quadro clinico complesso, del quale potrà discutersi il meccanismo patogenico, ma del quale la causa principale consisteva nell'esaurimento dell'organismo. Quando prima che S. M. lasciasse l'Europa mi trovai nuovamente con *Charcot* ad Aix-les-bains ed insieme facemmo non poche considerazioni sugli avvenimenti, abbiamo formalmente concluso nel modo che ho detto. D'altronde i pensieri che ho esposti in principio del presente capitolo, pensieri cavati dalla esperienza clinica e dalla osservazione fisiologica, trovano anche nel caso concreto la loro esatta applicazione.

Quando fui invitato per telegramma dal chiaris. prof. Semmola a recarmi a Milano, S. M. aveva superato una prima fase della malatia, della quale ebbi notizie dal prof. Motta-Maia, [1]), medico particolare dell' Imperatore, e dal medesimo prof. Semmola. – S. M., reduce da una gita sul Lago di Como, venne preso da sintomi nervosi e addominali consistenti in gonfiezza di ventre, forte turgore epatico, debolezza generale e tremore degli arti, per cui non poteva reggersi in piedi; tosto dopo si manifestò la febbre e colla febbre dolore pungitivo alle base del destro torace.

Il visconte de Motta-Maia apprestò sollecitamente i rimedi del momento – quelli che valsero ad allontanare la minacciosa gravezza dei sintomi: energico purgante e forte rivulsivo al torace.

Solo a questo primo presentarsi della malatia apparisce la complessità della forma clinica, nella quale tu leggi il tipo nervoso in mezzo a fenomeni cardiaci, addominali e toracici.

E qual era la ragione di questo insieme, quale il mo-

---

1) Il Visconte di Motta-Maja, professore della Facoltà medica di Rio-Janeiro, intelligente e colto quant'altri mai, di carattere integerrimo, gentilissimo di cuore, professa devozione ed amor filiale per il suo Imperatore. Compreso della sua alta e delicatissima missione mai un istante toglieva l'occhio indagatore e veggente dall'augusto infermo; quindi ne comprendeva i bisogni ed i desideri prima che gli venissero manifestati e a tutto provvedeva con amorevolezza e scrupolosità pari alla capacità clinica che lo distingue. Discorrendo della malatia di S. M. sento quasi il dovere di rendere al suo medico particolare questo meritato tributo di encomi; come ricordando i giorni che passammo insieme e le vicendevoli dimostrazioni della più sincera amicizia, sento il bisogno di inviargli un fraterno saluto ed i più cordiali auguri.

vente primo? – Soltanto perchè era glicosurico il paziente, si poteva trarre spiegazione del tutto? – Io non lo credo.

È più che verosimile che le cose abbiano avuto questo modo di procedere: – S. M. per le ragioni anzi dette aveva a poco a poco toccato il massimo grado di ciò che i francesi chiamano *surmènage*; e portavane gli effetti nel sistema nervoso, nel circolatorio, nel digerente. Come avviene in tante altre circostanze, nelle quali si vede che per una minima causa molti effetti originano, perchè latenti preesistono le maggiori disposizioni, così in questo caso la gita al Lago ha fatto luogo all'affezione pleurica e col malessere iniziale si manifestarono le condizioni orditesi sordamente nelle parti che vedemmo sede dei principali fenomeni. È questione d'un certo equilibrio funzionale che reggeva appena, ma che venne scosso dalla nuova per quanto non grave insorgenza. E lo squilibrio funzionale respiratorio dà impulso allo squilibrio circolatorio; amendue suscitano anomalie funzionali nervose ed epatiche e digerenti maggiori, o minori, secondo che l'esercizio organico precedente ha creato più, o meno, spiccate disposizioni morbose. – Nel caso nostro tutto questo si combinava con uno stato glicosurico, vale a dire discrasico, quindi per altra via capace di rendere più sentite le sofferenze della generale nutrizione.

Tutto questo è secondo la fisiologia dell'invecchiare ed è poi confermato dalla clinica osservazione.

E qui mi si consenta di ritoccare, narrando, i concetti clinici che sono scopo precipuo di queste pagine. — Quando dissi *forma clinica complessa*, volli escludere precisamente che si trattasse di un organo, o di una parte minore dell'organismo ammalata ; e qualche considerazione

ancora dimostrerà più evidentemente quello che ho or ora esposto.

S. M. cadendo infermo presentò una pleurite secca, limitata al terzo inferiore del torace, com'ebbe a constatare il visconte de Motta-Maia, il prof. Semmola, che mi precedette, e come ho confermato io medesimo. Poteva forse questa pleurite generare tanta coorte di sintomi? la turgescenza epatica, i fenomeni intestinali, la generale debolezza ecc.? La stessa pleurite poi considerata in sè, quantunque possa darsi come effetto d'influenza reumatica, tuttavia nella sua forma circoscritta e secca, nel suo andamento ulteriore, svelò carattere mite assai: tutto il resto andò via via prendendo serietà maggiore, mentre essa non lasciava localmente che incalcolabile traccia. Però della sua medesima insorgenza vorrebbesi trovare un'altra causa oltre la reumatica, e probabilmente la potremo vedere facendo altre considerazioni sopra qualche altra importante condizione organica predisponente.

Prima per altro possiamo toccare un altro punto ed è il come sieno originati i fenomeni nervosi che, certo, non si possono mettere in conto della pleurite, e nemmeno della febre, la quale insorse dopo. Erano forse da ascriversi al predominio di qualche influenza nervosa centrale, dalla quale si vuole da alcuni sostenuta la glicosuria? Se da un canto può sostenersi la dipendenza di questa dal sistema nervoso quando si riscontrano rapporti incontrastabili tra le anomalie nervose e la comparsa della glicosuria, dall'altro è necessità convincerci, che clinicamente non si può sostenere simile idea in modo reciso, assoluto e tanto meno può sostenersi nel caso concreto. – Il procedimento delle cose, come vedremo, to-

glie alla ipotesi ogni fondamento. D'altronde io parlo di glicosuria, e non di diabete, non a caso, avendomi potuto convincere, che altro è il diabete, altro la glicosuria; e anche intorno a ciò i fatti ulteriori portano il loro appoggio.

I fenomeni nervosi coi quali insorse la malatia — debolezza generale, tremori, impossibilità a reggersi sulle gambe — venuta la febre, si aggravarono alquanto per l'adinamia generale, i sussulti ora più, ora meno manifesti alle braccia, alle gambe e sonnolenza. A questi fenomeni successivamente s'aggiunse aritmia del cuore, che già batteva frequentissimo e debole, irregolarità respiratorie, rossore al volto, iniezione delle congiuntive. La febre, che era cessata quasi interamente, riprese il suo corso e toccò, in seguito a questi fenomeni, il 39 e 5 e più del centig. Le urine presentavano giornalmente una diminuzione lieve, ma progressiva, dello zucchero, qualche traccia di albumina, poche cellule catarrali delle vie urinarie.

Il risultato del mio esame è stato il seguente: — Decubito supino, gambe divaricate, aspetto sonnolento, il volto rosseggiante, cisposi gli occhi, lingua secca, arida, nerastra, lievi sussulti tendinei alle mani. Osservando diligentemente le linee del volto si vedeva il lato sinistro alquanto meno sostenuto del destro, pareva che le musculature avessero perduto, sebbene di poco, della loro tonicità. Questo sintoma ora si scorgeva, ora non appariva, secondo che S. M. si rianimava dietro gli eccitamenti esteriori, o cadeva nello stato di apatia. Lo stesso sintoma poi fu di breve durata. — Le pupille erano eguali, leggermente miotiche, uniformemente reagenti alla luce. — Al

collo non trovai nulla di notevole. — Al torace, le escursioni respiratorie erano alquanto irregolari, tratto tratto avevasi un respiro sospiroso. Colla percussione trovai modica ottusità nel luogo dove era già stata segnalata la pleurite secca, di più leggera ipofonesi appena al di sopra della ottusità pleurica, per un tratto di circa quattro centim. A sinistra poca ottusità alla base polmonale. Il respiro era normale dovunque, meno sulla ottusità pleurica, dove era assai debole e si percepiva qualche scroscio pleurico; in basso a sinistra notava semplicemente diminuito il murmure respiratorio nelle ordinarie inspirazioni, ma normale e con qualche rantolo nelle profonde. — Il cuore presentava complessivamente aumentata l'area di ottusità e precisamente così stavano i diametri cardiaci: 11 centim. alla base, 12 al ventricolo sinistro, 14 al ventricolo destro. L'impulso debole frequente (100) con qualche rara irregolarità di ritmo. I toni si sentivano sopra tutti i focolai; sull'aorta il secondo era secco, aveva tonalità più alta del normale. — L'addome era sviluppato per modico meteorismo. L'ottusità epatica era maggiore del normale; oltrepassava il bordo costale sulla parasternale di oltre cinque centim. e la linea mediana di circa sei. — Milza e ventricolo non mi diedero risultati notevoli. — Tutto l'addome era indolente, qualche volta si udivano rumori intestinali e le scariche erano molli. — La sensibilità generale pareva intatta, la motilità assai depressa. Il polso alle radiali si contraeva pochissimo sotto lo stimolo fisico della compressione; tra l'impulso cardiaco e il polso alle radiali e alle crurali esisteva un brevissimo ritardo,

Quando dopo l'esame mi raccolsi a convegno co' miei

chiarissimi colleghi, mi vennero fatte conoscere le medicazioni usate: col ripristinarsi della febre s'era propinato il chinino, e per lo stato di generale depressione si praticavano delle iniezioni ipodermiche di caffeina.

Come di leggieri si scorge, i fatti raccolti dall'esame obbiettivo pienamente giustificano le considerazioni premesse e mi confermarono il giudizio di uno stato morboso complesso. – Esistevano fenomeni di alterazione circolatoria e di preoccupazione nervosa encefalica; esistevano sintomi di stanchezza cardiaca e di ateromasia; si avevano ancora indizi di iperemia epatica e di dissesto intestinale. Considerato lo stato generale del paziente, si vedeva predominante l'adinamia, una certa apatia, un aspetto quasi tifoideo; ma i fatti precedenti ed i risultati dello esame mi imponevano un concetto diagnostico complesso — in una parola, quale conveniva e ai precedenti e alla età del paziente.

Sarà, come dissi, discutibile il processo col quale si ordirono tutti i sintomi; ma, se non erro, la clinica esperienza ci somministra alcuni criteri, coi quali possiamo dire qualche cosa anche intorno al caso attuale.

Io pensava che S. M., prima che infermasse, avesse per ragioni di età e per l'abuso della vita subito qualche mutamento nelle condizioni del sistema circolatorio (seppi solo più tardi che antecedentemente era stata fatta da un chiariss.mo clinico una diagnosi analoga). E così stando le cose, mi poteva giustificare la facile iperemia epatica quasi abituale, tanto più che nei glicosurici questo fatto è quasi costante, come non di rado si osservano ricorrenti disordini intestinali, atteso la specialità della dieta a cui simili pazienti vengono sottoposti

a titolo di cura. — L'ammettere che questi fatti aumentassero nei giorni che precedettero la malatia, è più che verosimile, quando nello strapazzo giornaliero dell'organismo si sa consistere una delle più efficaci cause cui S. M. si esponeva e per cui cadde nello stato morboso che si considera.

In tali condizioni, se la gita sul lago ha potuto suscitare la secca pleurite, quasi si comprende la necessità di questa insorgenza, riflettendo, che quando gli organi ipocondriaci sono in preda a fenomeni congestizi, le pleure finitime si trovano in istato di disposizione morbosa, sì che, anche mancando la influenza reumatica, non è raro che presentino fenomeni infiammatorî secondari.

Ma anche ammettendo che la pleurite sia stata in tutto effetto della causa reumatica, è certo che al suo manifestarsi avevamo una combinazione di elementi patogenici sparsi in vari punti dell'organismo, che si spiegarono nella suddescritta sintomatologia. Da una parte le condizioni addominali, dall'altra le circolatorie, dall'altra ancora quelle inerenti allo esaurimento nervoso: tutte insieme convennero e si influirono per legge incontrovertibile delle correlazioni fisiologiche e così si compose quella grave infermità, nella quale la ricerca d'una sede morbosa unica la quale tutto il resto subordinasse, oppure di un centro dell'organismo da cui tutto dipendesse, sarebbe stata senza pratico risultato. Attribuiva l'aspetto tifoideo che presentava il paziente ad una condizione discrasica, la quale aveva ragione di essere nelle stesse circostanze dell'intestino, nella glicosuria, nell'acuto insorgere di tanti elementi morbosi e nel conseguente dis-

sesto della nutrizione e della funzione vaso-motoria [1]). Mi pareva che la innervazione generale e la innervazione vaso-motoria specialmente fossero compromesse e mi permisi suggerire che mercè qualche polvere antifermentativa si mutasse l'ambiente dell'intestino; che si sospendesse il chinino, parendomi, dietro osservazioni del visconte de Motta-Maia, che non riuscisse vantaggioso alla innervazione cerebrale; che si continuasse nell'amministrazione della caffeina per iniezione ipodermica proposta dal collega Semmola e che appena fosse cessata la febre. si amministrasse a dosi crescenti la stricnina. Della quale anche prima che S. M. infermasse, facevasi uso, ma che, a mio avviso, riprendendola, se ne doveva portare progressivamente la dose sino alla tolleranza, giusta la mia esperienza fatta in casi analoghi.

La storia che abbiamo fin qui ricordata ci offre nuovi argomenti per ribadire la nostra convinzione sul modo col quale procedono i fenomeni morbosi in questi tipi complessi. — Vediamo anzi tutto la mutabilità della forma clinica nel senso che non sono sempre i sintomi di una parte, che campeggiano, ma ora gli uni, ora gli altri spiccano, o durano maggiormente, o principalmente preoccupano. — Poi

---

[1]) L'accumulo di zuccaro nel sangue induce delle modificazioni funzionali dell'apparecchio circolatorio (*Leo V. Brasol* e *Albertoni*); gli zuccari dilatano i vasi, come dimostra l'aumentato volume degli organi che succede negli animali sottoposti all'esperimento (*Albertoni*). Questi soli fatti hanno una grande importanza e, secondo il mio debole avviso, rendono ancora più discutibile la teoria nevrologica del diabete, mentre giustificano la prescrizione della stricnina, che ne' casi analoghi a quello di cui è discorso, ho esperimentata utilmente. Questi medesimi fatti sperimentali poi applicati alla interpretazione di non pochi fenomeni morbosi, spiegano perchè i clinici hanno dato sempre un grande valore alla condizione discrasica.

vediamo un altro fatto importante, cioè il procedere quasi in modo aggravantesi della forma morbosa, finchè il paziente, oltre tutto, pare che nello stato della generale denutrizione debba trovare una condizione aggravante, quando invece, ridotto al verde, si direbbe, principia a manifestare un certo risveglio di funzioni riparatrici, che appena si sperava. — Tutto questo dimostreranno i fatti.

Coloro sui quali pesava la grave responsabilità, avevano deliberato che l'augusto infermo fosse visitato anche dai professori Bruno di Torino e Charcot. Quando quest'ultimo giunse a Milano, erano alquanto mutate le condizioni generali, la febre era scomparsa, continuavano i sussulti tendinei, ma meno manifesti, meno insistenti. Aveva migliorata la lingua, pareva rinascere qualche appetito; per altro poco dopo sorse un curioso fenomeno ed era un respiro profondo, che si avvicendava tratto tratto specialmente nell'ore vespertine. Il paziente dopo una profonda inspirazione effettuava la espirazione a scatti e ad ogni scatto emetteva un suono di tonalità sempre minore; — ricordava quella specie di cantarellare che talvolta fa quegli che è preso dalla noia. — Con questo modo di respirazione cominciava una specie di irrequietezza, cui succedeva alquanta insonnia. Il paziente in questo punto della malatia era meno apatico, principiava a desiderare la conversazione e le notizie d'ogni fatta, secondo il suo costume; tuttavia non aveva la maggiore prontezza delle memorie, ricordava con qualche confusione uomini e cose e ridomandava spesso più volte le medesime cose. La motilità era sempre assai scadente.

Ogni giorno si praticava l'esame delle urine, come fu detto, e a questa epoca della malatia si poteva rico-

noscere notevole diminuzione dello zucchero. Nei fenomeni del cuore non si avevano grandi mutamenti, pareva si riducesse di qualche poco l'area cardiaca; ma per conto mio non ne era certissimo. Il ventre aveva migliorato — nessun meteorismo; il fegato quasi ridotto nei limiti normali.

Il prof. Charcot, con quella penetrazione che gli è propria, e colla sua sagacia invidiabile comprese la origine e la importanza del caso, constatò le indicazioni terapeutiche fondamentali e col suo autorevole voto confortò le nostre speranze.

Pareva che ogni cosa camminasse lentamente sì, ma camminasse al miglioramento; avevasi cominciato a somministrare una dieta un po' più ristoratrice, ma, come in altri casi ho veduto, anche in questo non era tollerata come sembrava. Sebbene avessimo acquistato fiducia dallo scemare progressivo dei sintomi nervosi, quindi consigliato a S. M. di rimanere qualche tempo eretta sul tronco, di mutare letto anche perchè riposassero le parti del corpo che ne reggevano il peso stando supino; pure, tutto malgrado, non eravamo affatto contenti. Il poco movimento che il paziente effettuava, gli riusciva molesto, ne seguiva qualche irregolarità di respiro e di circolo. Molte e molte volte ho notato che la frequenza del cuore da 60 al minuto saliva a 90, a 100, poi ridiscendeva a 70-74; mentre l'impulso lasciava desiderare. La ottusità cardiaca non era diminuita da quella che era per l'addietro.

Così stando le cose, un giorno venne preso da gravissimi fenomeni cardiaci. Erano, io credo, circa le 7 ore del mattino. Secondo le descrizioni che mi vennero fatte dal visconte Motta-Maia e del prof. Semmola, accorsi i

primi, chè io dimorava fuori dell' Hôtel Milano, e secondo quello che vidi prontamente arrivando alla chiamata, mi sono fatto il concetto di un accesso d'assistolia gravissimo, o che poteva essere fatale. Si apprestarono tutti i rimedi del caso, compresa la caffeina; quando dopo circa un'ora l'accesso diminuiva di gravezza e s'aggiunse alla medicazione indicata la respirazione di ossigeno.

Questo accidente, per quanto inaspettato, aveva pure avuto dei precedenti che non possono lasciarsi nell'ombra. S. M. malgrado tutto, prima dell'accesso ora ricordato, era sempre molto estenuato nelle forze, sì che queste non si vedevano corrispondere allo risveglio delle sue psichiche e sempre fenomenali attività. – Ho detto quello che era del cuore; ora va saputo, che il giorno prima dell'accesso assistolico S. M. provò un dolore alla piegatura della coscia sinistra, dove il visconte Motta-Maia constatò e mi mostrò qualche glandola linfatica tumida e intorno intorno a questa qualche succulenza dei tessuti molli. Aveva del pari notata una certa turgescenza delle vene, dell'arto sinistro, il quale quando comparve l'accesso, era tumido per edema e rimase tumido per alcuni giorni. – Di più voglio notare, che, a parere mio, se non corrispondeva la grande prostrazione delle forze muscolari al risveglio delle attività psichiche, corrispondeva invece ad un'altra funzione – quella della nutrizione generale. E ciò non dico solo perchè le musculature erano assottigliate e floscie, ma eziandio perchè il reperto uroscopico, secondo me, non era quale dovevasi attendere quando principia a normalizzarsi il ricambio molecolare. Io invero non restava tranquillo al vedere che lo zucchero via via diminuiva, mentre in pari tempo la cifra dell'urea, seb-

bene corrispondesse ad una delle solite medie che si ricordano sempre per fare un giudizio sul caso concreto, per me rappresentava un eccesso rispetto la introduzione alimentare. – A tutto ciò riflettendo, si comprende che la funzione cardiaca non era normalizzata, che in un distretto vascolare periferico s'erano organizzate condizioni, fortunatamente non gravi, attestanti, — diciamolo pure genericamente — ciò che può osservarsi in coloro che hanno la malatia delle arterie in corso per solo effetto della età; che il paziente aveva ancora le conseguenze della distrofia, non assimilava in proporzione che introduceva, come tra breve dimostrerò colle cifre alla mano. Conseguentemente l'accesso di assistolia non è proprio da considerarsi come un fulmine a cielo sereno, ma deve dirsi, che non è altro se non quello che poteva avvenire nelle condizioni del paziente. Il quale accesso – giusta la clinica esperienza – può darsi in quelli che hanno distrofico il cuore, senza il vizio cardiaco; può darsi finchè le condizioni circolatorie generali e locali non sieno completamente ricomposte dopo qualche recente progresso della condizione che dicesi ateromatosa; il quale accesso finalmente può non più ripetersi, quando, malgrado tutto, è possibile una discreta riabilitazione nutritiva e si va ristabilendo un certo ordine ed equilibrio nelle condizioni idrauliche, come la esperienza clinica dimostra.

Per la gravezza dell'accesso venne nuovamente chiamato l'illustre Charcot, che riconobbe persistere una certa debolezza del cuore e necessario che S. M. si attenesse più che tutto ad un regime ricostituente appropriato al suo caso.

Nei giorni che succedettero, si volle di comune accordo

che l'infermo regolasse severamente ogni funzione, compresa la conversazione e per fino il sonno. Venne riformata nel modo migliore la dieta e per alcuni giorni, sia dopo il pasto, sia in altra ora, S. M. era preso da un dolore che aveva sede ai precordi, che veniva ogni volta utilmente curato coll' applicazione di energico senapismo. Giova avvertire, che l'accennato dolore si doveva ritenere viscerale, precisamente cardiaco, perchè non si riscontrarono punti dolorosi al torace e perchè era in rapporto con anomalie del polso, mentre la percussione del cuore mi dimostrava persistente l' aumento dell' area.

Secondo il mio modo di apprezzare le cose, persisteva ancora lo sbilancio dell' organismo, ch' io riteneva una delle cause per le quali non potevano ricomporsi le forze muscolari in genere. E premendomi di verificare il fatto con qualche rigore scientifico, mi sono rivolto alla squisita cortesia del prof. Gabba, chiarissimo cultore della chimica. Ho presentato a lui due dati – cioè quanto S. M. introduceva e quanto espelleva sotto forma di urea – affinchè mi sapesse dire quant' era l'azoto introdotto e quanto quello espulso: ed ecco il responso secondo i risultati analitici riportati nell' opera del *König* e del *Forster*.

Alimenti	*Azoto contenuto*
4 tuorli d'uova	gr. 1,67
400 gram. di latte	» 2,20
50 gram. di carne	» 1,78
50 gram. di riso	» 0,63
2000 gram. brodo ristretto . .	» 0,32
	Totale gr. 6,60

A gr. 6,60 di azoto corrispondono gr. 14,14 di urea. La quantità giornaliera dell' urea espulsa era di molto

superiore alla indicata, perchè era superiore ai gr. 20; conseguentemente la conclusione a trarsi è chiara, tanto più se si considera che in seguito le cose andarono mutando in modo, che in ultimo, scomparso essendo da alcuni giorni lo zucchero dall'urina, diminuiva la cifra dell'urea, mentre l'alimentazione era d'alquanto aumentata. Corrispondentemente scemava il fenomeno relativo alla oscillazione del polso e diminuiva progressivamente il dolore precordiale; e quando ripetei l'ultima volta in Milano l'esame del cuore, constatai ridotta l'area cardiaca, specialmente nella direzione della base e del ventricolo destro, e trovai meglio pronunciato che non fosse il primo tono all'apice, tanto del ventricolo destro quanto del sinistro.

Quando S. M. abbandonò Milano, potevasi dire cessato il complesso stato morboso che aveva fatto trepidare della sua esistenza; stato morboso che in principio s'imponeva come un processo acuto, sorto ad aggravare la condizione di un glicosurico; che prestissimo si esplicava con manifestazioni di generale alterazione nervosa; che più tardi esprimeva fenomeni pertinenti al sistema vascolare; che dal suo principio al suo fine decorreva con un perturbamento profondo del trofismo; che non poteva denominarsi con una frase riferibile ad un organo del quale si volesse segnalare la malatia, ma che aveva la sua ragione di essere nella concomitanza di vari elementi morbosi, i quali fisiologicamente s'incontrano in molti casi a costituire i tipi complessi della patologia propria alla senilità incipiente, o progrediente.

Stabilita la convalescenza e rafforzata la propria convinzione nell'utilità della stricnina, oltre a quella dell'aria e della alimentazione e della più severa igiene, il Visconte

Motta-Maia l'amministrò a dose progressivamente maggiore e arrivò fino a 50 millig. per giorno [1]).

Volentieri mi fermerei sopra i fatti di questa importante malatia per istituire raffronti e considerazioni cliniche le quali condurrebbero a criticare un certo andazzo che non pochi seguono nella cura di queste infermità, le quali meno dall'osservatore empirico e più dall'osservatore fisiologista possono comprendersi. Ma avrò occasione di entrare in questo ordine di considerazioni in altro capitolo. Ora, quasi a conclusione di ciò che in questo ultimo ho sostenuto, che, cioè, gli stati morbosi complessi considerati rappresentano un modo col quale spesso inizia o progredisce la senilità, aggiungerò, che veramente i pazienti, superato il processo morboso, non tornano mai assolutamente nello stato identico di salute precedente. — Si costuma dire di questi ammalati, che dopo la malatia si sono di molto mutati, che la malatia ha lasciato delle conseguenze, che sono invecchiati. - Io dichiaro, che a dir vero non si tratta qui di postumi della malatia, di vecchiezza cagionata dalla malatia, sì bene di un processo morboso che ha potuto aver luogo e svolgersi, perchè l'individuo entrava già in una fase di incipiente senilità; oppure di uno, già vecchio, che precipitava morbosamente in un'altra fase più avanzata di senilità.

Per questo è mestieri, quando si hanno da consigliare individui dopo passata la crisi, piuttosto che a certi me-

---

1) S. M. partiva da Aix-les-bains in ottime condizioni i primi di Agosto: un telegramma da Rio Janeiro, in data del 16 settembre, mi confermava la continuazione del suo benessere.

dicamenti, raccomandarli alla igiene — ad una igiene adattata alle circostanze individuali; i pazienti devono affrontare con deliberato animo un nuovo programma e regolare con norme fisiologiche le maggiori e le minori funzioni del corpo. Trasformato l'organismo, deve modificarsi di conformità anche il genere di vita.

VI.

Osservazioni intorno alla età critica della donna.

Sommario. - Ragione per trattare dell'argomento. — Qualche considerazione generale. — La cessazione de' mestrui non è causa di malatia nella donna all'età critica; le affezioni che possono darsi dipendono da stati morbosi precedenti o da mutamenti dell'organismo. Le emorragie vicarie e la pletora nervosa sono denominazioni improprie. — Nell'età critica si danno vere pletore sanguigne. — Breve cenno terapeutico.

Il prof. *Borner* di Graz stampò, non è molto, un'operetta sull'età critica della donna, sott'ogni riguardo lodevole [1]. Vi discorre in generale della età critica: la fisiologia e la patologia generale della menopausa; delle emorragie che ponno verificarsi durante e dopo l'epoca climaterica; della influenza di questa su certi stati patologici degli organi del bacino: affezioni catarrali dell'utero, involuzione di questo, suoi tumori ecc.; poi di altri fatti morbosi che possono determinarsi nel resto dell'organismo: nel sistema nervoso, nel circolatorio, nel digerente, sulla cute.

---

[1]) Die Wechseljahre der Frau. (Struttgart, 1886, in 8, di pag. 166).

Può dirsi una monografia completa; ed io volli consultarla per trarne il conforto dell'autorità di un valente specialista intorno ad alcuni fatti di mia osservazione.

Questo libro ricco di nozioni scientifiche e pratiche, contiene molte osservazioni che sono state fatte anche da me, e che per questo stimo non inutile esporre con ciò che crederei aggiungere all'argomento, sia dal lato osservazione, sia dal lato teorico e pratico insieme.

Ho pure consultato l'opera anteriore alla precedente e comunemente nota — quella di *Tilt* — la quale ha pure il pregio grandissimo di riassumere il meglio della esperienza clinica sull'argomento, non che quello di portare a conoscenza dei medici non poche osservazioni originali [1]); e mi sono convinto, che non saranno inutili le cose che posso riferire in base alla mia esperienza.

Poichè devo discorrere dell'età critica, mi permetterò alla mia volta di fare qualche considerazione generale.

Comunemente si tien conto dei cambiamenti che subiscono gli organi della generazione, per cui va cessando la fecondità della donna, per interpretare la fisiologia della età critica; ma, essendo pur sempre questi mutamenti la ragione necessaria di essa, altri possono darsi che la influiscono e ne rendono regolare, o irregolare, lo andamento.

Io alludo a quei mutamenti che possono avverarsi fuori dell'apparecchio genitale, nel resto dell'organismo. I quali non sono propriamente subordinati a quelli degli organi sessuali, ma a tante altre precedenti circostanze

---

[1]) *Tilt.* Dell'età critica nello stato di salute e di malattia.

e costituzionali, e funzionali, e patologiche; che fanno essere l'epoca della menopausa una vicenda dolorosa, apparire un vero stato morboso, mentre senza di esse il tutto procederebbe senza sconcerti ragguardevoli, quasi silenziosamente.

Fra le molte donne, che al tempo della menopausa abbisognano dell'opera del medico, vi sono quelle che appena s'accorgono della trasformazione che si opera in esse; quando altre per lo contrario devono attraversare molte peripezie perdurante mesi ed anche anni, non senza correre gravi pericoli. È tanto diversa la sorte di queste donne da quella delle altre che incontrano l'età critica provando nessuna alterazione della salute, che mi pare si possa dire della menopausa quello che della ricorrenza mestruale e della gravidanza, cioè, che può decorrere in forma fisiologica e in forma patologica.

Questo modo di vedere dispone il medico ad osservare alquanto diversamente da quello che si usa, i fenomeni morbosi della età critica ed a coglierne la vera patogenesi. In vero, sebbene la donna subisca naturali mutamenti per il processo d'involuzione degli organi genitali, pure sarebbe esagerazione imperdonabile far dipendere da questi ogni fatto morboso che lo può accompagnare. Si deve riflettere, che in alcune donne la involuzione dell'apparecchio genitale può effettuarsi con, o senza, altri fenomeni di involuzione d'altre parti dell'organismo, e che a seconda dei casi i mutamenti che proverà la donna, saranno per necessità diversi.

Un tempo si volle riconoscere nella menopausa una causa di maggiore mortalità nelle donne ; più tardi si distrusse questa opinione; ed oggi si ritiene che la vita

della donna non è mai minacciata durante il periodo della sospensione catameniale, quando decorra senza complicazioni. Sono adunque le complicazioni che rendono morbosa la età critica; complicazioni coesistenti o in peculiari condizioni costituzionali, o in condizioni di lesa funzione degli organi, o in determinate condizioni patologiche.

Le mie osservazioni riguardano precisamente queste coincidenze, dallo studio delle quali credo possa venirne migliore interpretazione dei fenomeni morbosi che sogliono darsi durante la menopausa. Per me la età critica costituisce un vero stato morboso complesso.

Le condizioni costituzionali che durante la menopausa esercitano frequentemente perniciose influenze, le vediamo in due tipi diversi di donne. Le une si distinguono per la ricchezza dell'adipe, per uno sviluppo straordinario del ventre; le altre invece per la sottigliezza, o la maggiore snellezza del corpo.

Ognuno di questi tipi porta seco una speciale attitudine morbosa e non di raro spiccate sofferenze costituzionali, che all'epoca della menopausa possono prendere maggiore incremento.

Tuttavia s'andrebbe errati se si volesse sostenere, che l'inasprirsi delle sofferenze abituali, o il loro determinarsi, stesse in rapporto soltanto colla cessazione delle regole.

Aveva imparato anch'io e professava l'opinione che ne originasse una *pletora sanguigna* ed anche una *pletora nervosa*, come sostenne *Raciborski*; ma sia l'una, sia l'altra forma di pletora non sono due fatti reali, sì bene apparenti; non dipendenti della menopausa ma coincidenti con questa e capaci di protrarsi così lunga-

mente da escludere i pretesi loro rapporti colla cessata mestruazione.

In vero, io fui sorpreso dal fatto importante per cui quasi la stessa sintomatologia offrirono uomini e donne pervenuti alla medesima fase della vita; uomini e donne che avevano lo stesso tipo costituzionale, come si vede nel seguente resoconto sommario.

1. N. N. di Volta mantovana. Donna di oltre 46 anni, di condizione civile, di costituzione linfatica, assai grassa, emorroidaria. Da qualche tempo, in seguito alla menopausa, é sofferente di stomaco: ha dispepsia, vomiti frequenti e qualche volta vomiti sanguigni, dopo i quali prova un certo miglioramento nelle sue sofferenze. Tuttavia accusa costantemente un impedimento, un senso di peso alla regione epigastrica, che a quando a quando si fa angoscioso con tendenza alla lipotimia. Prova cefalea, capogiro, difficoltà di respiro se fa moto e debolezza generale. È piuttosto stitica ed emette scarse orine, assai colorate e con sedimento d'urati. All'esame fisico: tinta quasi terrea; vecchio catarro bronchiale: cuore ampio per sviluppo del cuor destro, toni cupi, deboli; alla base sull'aorta il 2.° debole, secco e trasmesso lungo il vaso: accentuato il 2.° sulla polmonale; ventre voluminoso per la copia dell'adipe e per meteorismo discreto; stomaco nel fondo cieco dilatato; fegato ingrandito; sull'epigastrio e sull'ipocondrio destro è molesta la pressione; sul ventre, sulle estremità si scorgono facilmente le vene; i polsi alle radiali larghi, deboli; le arterie tortuose; dai genitali qualche traccia di scolo vaginale incostante; l'utero piuttosto grosso, mobile, in posizione normale, di consi-

stenza molle, aperto quanto basta per insinuare l'apice del dito esploratore nell'orificio esterno. La paziente assicura che le sue sofferenze principiarono dopo che le mestruazioni avevano segnata l'epoca della loro scomparsa col farsi irregolari nel tempo, copiose più del solito quando ricomparivano.

2. N. N. di Castelfranco che ha oltrepassato i 45 od i 47 anni se bene ricordo. Uomo di aspetto robusto ma di costituzione linfatica, quasi polisarcico. Cominciò a soffrire di stomaco per l'anoressia crescente, qualche vomito ricorrente, senso di peso all'epigastrio, molestie gravi ad ogni pasto, gonfiore di ventre, difficile respiro, secchezza delle fauci. All'esame obbiettivo: pallido-terreo, catarro bronchiale; cuore voluminoso per grande sviluppo della metà destra; impulso discreto, toni normali all'apice; il secondo sull'aorta è metallico, sulla polmonale normale; lungo l'aorta intensamente trasmessi il primo ed il secondo; ventre voluminoso per meteorismo; fegato notevolmente ingrandito; dolente alla pressione l'epigastrio; tormini frequenti, molestie emorroidarie; scarse le feci e le urine, e queste intensamente colorate; visibili alcune vene sul ventre, altre sulle estremità inferiori; polsi deboli segnanti qualche ritardo rispetto all'impulso cardiaco, le arterie piuttosto dure.

In amendue i pazienti si verificarono poscia i sintomi caratteristici, non che l'esito della cirrosi epatica. Ma tutte le sofferenze loro erano senza dubbio accresciute dalle alterazioni che nell'apparecchio circolatorio si andavano sviluppando. In amendue la uniformità del tipo costituzionale, l'epoca d'insorgenza delle prime manifestazioni morbose, le le-

sioni organiche e gli esiti parlano per la uniformità della patogenesi. Ammessa pure la influenza della menopausa nella donna, devesi per altro riconoscere, che la sintomatologia alla quale soccombette, non può essere tutta quanta effetto della cessazione mestruale. Anzi volendo essere severi apprezzatori dei fatti, si deve ammettere, che essendo principiate le manifestazioni morbose quando, sebbene irregolari, pure le perdite sanguigne avvenivano ed anche più copiose del solito, era mestieri cercarne la causa in altri mutamenti che si verificavano fuori della sfera degli organi genitali.

Consideriamo la cura che nei pazienti dovevasi raccomandare. Nell'uno e nell'altro conveniva rendere più libera la circolazione addominale mediante il sanguisugio all'ano, i catartici, i diuretici, mentre era da risollevare la funzione cardiaca. Se nel caso della donna il sanguisugio avesse avuto lo scopo di ottenere artificialmente la perdita di sangue alla quale era abituata, si sarebbe seguito un concetto puramente teorico, perchè quella pletora sanguigna, di cui esistevano nell'addome segni chiarissimi, non si poteva attribuire alla mancata mestruazione. Infatti basta ricordarci che nella paziente la mestruazione non si sospese bruscamente, nè si manifestarono le sofferenze in coincidenza colle mancate comparse dei catameni; invece anche quando questi ricomparivano più abbondanti del consueto, non cessavano per questo di progredire le incipienti manifestazioni morbose.

Amendue i casi quivi ricordati ebbero l'esito della morte e sebbene non sia stata praticata l'autopsia, erano così evidenti i sintomi clinici da poterne riconoscere la

base anatomica nelle alterazioni diffuse dall'albero arterioso e nella cirrosi epatica.

Il quadro clinico offerto dalla storia I.ª è significante ed istruttivo per tanti altri casi di turbamento, o di gravi alterazioni analoghe, occorrenti all'epoca critica. Intorno alle quali parmi più che ragionevole dubitare che abbiano così diretti ed unici rapporti colla sospensione mestruale, come generalmente si ammette.

Per ciò io stimo necessario distinguere la sintomatologia che sta subordinata alla non comparsa delle regole, da quella che per altre ragioni fisiologiche può concomitarla. Si lega alla mestruazione quella sintomatologia che ricorre colla epoca mestruale e, quasi direi, sostituisce il flusso mestruale; coincide invece colla epoca critica tutta quella sintomatologia, la quale può iniziare colle prime irregolarità mestruali e qualche volta quando è già per essere superata la fase d'involuzione degli organi genitali, e si sviluppa seguentemente.

Posso recare qualche esempio a schiarimento di quanto ho detto.

3. Una signora, di sana costituzione, ebbe la sua prima mestruazione a 13 anni. Dopo un anno circa il flusso mestruale si fece scarso irregolare e quindi si sospese e subentrò una forma di clorosi che perdurò fino al 18º anno. Allora riapparvero le regole migliorando lo stato generale. Andò a marito a 24 anni: partorì 6 volte felicemente ed allattò la prole. In seguito ebbe sventure di famiglia, qualche affezioncella di lieve momento e la mestruazione fu sempre regolare, abbondante. Presso i

40 anni principiò a notare qualche irregolarità mestruale; i flussi anticipavano ed erano più abbondanti; più tardi si fecero saltuari e quando non avevano luogo, la signora era presa da profusa diarrea che si manifestava quasi improvvisamente. Era venuta a me non tanto perchè sentisse speciali sofferenze o gravi sconcerti intestinali, ma per la sola considerazione. che non sapendo spiegarsi questi fenomeni temeva indicassero qualche malatia latente e pericolosa. Del resto stava bene: tra un periodo e l'altro non aveva alterazioni funzionali di sorta.

4. La signora R...i qualche mese prima che si pronunciassero le irregolarità mestruali, colle quali suole talvolta incominciare l'epoca critica, aveva ogni mese una sensazione e gonfiezza penosa al seno; alla mammella destra notava una gonfiezza parziale più dolorosa. Quando venne meno la mestruazione, ad ogni ricorrenza mensile si riproducevano questi fenomeni e presero a crescere notevolmente a destra, dove si sentiva una tumefazione nel corpo della glandola, che generò il sospetto di neoplasma e per cui si era proposta l'esportazione. Tutte le altre funzioni erano regolari e l'aspetto della paziente era di persona sana. Superata l'età critica, questi fenomeni completamente si dissiparono.

In questi due casi l'andamento dei fenomeni è così diverso da quello che vedemmo nei primi due, che senza ulteriori commenti può concludersi, essere l'età critica costituita da due momenti — il primo la sospensione mestruale; — il secondo il mutamento dell'organismo, quale effetto della età, del genere di vita anteriormente seguita, della costituzione ecc.

Ciò che vedemmo nei casi riferiti, non è certo quello che distintamente avviene in ogni donna. Per lo più la età critica si presenta e si svolge come uno stato morboso particolare, a seconda che i due momenti coincidono, a seconda che la trasformazione dell'organismo si effettua più o meno rapidamente ed a seconda che prevalgono fenomeni di una parte o di un'altra. Ma se in ogni caso ci proporremo di analizzare i sintomi e di investigarne la patogenesi, troveremo la ragione di distinguere quelli che sono prodotti dalla sopprimentesi funzione mestruale, dagli altri che derivano da altre alterazioni dell'organismo, che vengono manifestandosi.

Bisogna avvertire, che questo lavoro di osservazione e di analisi clinica non riesce ognora facile, perchè i fatti che concorrono, assumono una significazione equivoca; e d'altra parte certe teorie s'impongono così che fanno parere i fatti diversi da quel che sono. Per questo io consiglio di abbandonare l'idea che tutto quello che di morboso osservasi in una donna presso o durante l'epoca critica, sia attribuibile indistintamente a questa, e di intraprendere il nostro esame seguendo questo programma:

a) qual era lo stato dell'utero e degli annessi antecedentemente?

b) quali anomalie funzionali abituali presentava la donna negli organi, od apparati, indipendenti, o dipendenti dall'utero?

c) quali le condizioni anatomiche attuali dell'apparato genitale e degli altri?

d) quale la influenza esercitata anteriormente dalla ricorrenza mestruale; quale quella esercitata attualmente?

Vedremo la importanza di ognuno dei punti componenti il nostro programma.

Comunemente si fa grande assegnamento sull'età nel diagnostico della menopausa, e non è infrequente l'occasione di attribuire all'approssimarsi di questa molti sintomi morbosi, che devono invece procedere da altra causa, perchè le stesse pazienti avvertono che le regole compariscono normali affatto, e può constatarsi la loro scomparsa anche alcuni anni più tardi.

Avviene pure che si riferiscano a qualche particolare processo morboso un complesso di sofferenze, che invece sono da accagionarsi alla menopausa nei casi ne' quali questa anticipa di tre anni, o più.

Questi fatti dimostrano, che tutto quello che nella pratica giornaliera si suole ammettere come effetto della cessazione delle purghe, non ha una significazione caratteristica; e che gli effetti medesimi che dalla menopausa dipendono, si uniformano, secondo i casi, alle condizioni dell'organismo.

Gli esempi chiariranno questi pensieri:

5. Una signora d'anni 43 di sana costituzione, maritata, madre di cinque figli aveva goduto quasi sempre ottima salute. Da qualche tempo provava delle nausee mattutine, aveva buono l'appetito ma di tratto in tratto era soggetta a gonfiezze di ventre che la molestavano grandemente ed insieme a certe paturnie, ad inquietudini morali, a tristi presentimenti come se avesse a cadere in qualche grave infermità.

All'esame fisico non riscontrava che discreto meteorismo, di alquanto ingrandita l'area epatica. Era ostinata

la stitichezza; tratto tratto le urine scarseggiavano e si facevano più oscure del solito. La sete era viva, inestinguibile specialmente dopo i pasti. Le abitudini dell'ammalata non erano delle migliori: amava i feculenti, i dolciumi e quando era molestata dalle sue sofferenze, ricorreva con troppa frequenza all'acqua di S. Maria Novella, all'acqua di tutto cedro e ad altre bibite che, secondo le teorie dei profani, ora sono destinate a vincere il *riscaldo*, ora a favorire la digestione.

Era stata medicata con qualche purgante, con qualche altra ricetta indifferente, ma poi lasciata in balia al suo stato, perchè tutto dovea cessare col passaggio dell'età critica.

Anche a me pareva che questa portasse i suoi effetti; ma quando rividi la signora ed ebbi le maggiori assicurazioni sulla regolare comparsa delle purghe e constatai normale affatto l'apparecchio genitale, consigliai altrimenti la cura. Ordinai più severa igiene, prescrissi l'uso dell'enteroclisma, dell'acque di Montecatini ed una stazione in luogo alpestre.

Tutti i fenomeni morbosi disparvero. La signora arrivò ai 50 anni in ottimo stato di salute sempre regolarmente mestruata. Superò più tardi l'epoca critica quasi senza accorgersene, perchè dopo il 50° anno non provò che delle irregolarità nella mestruazione, che di mese in mese scarseggiò fino alla assoluta cessazione.

Di fronte a questi fatti si deve dire, che: se la signora, presentando i sintomi che conosciamo, avesse in pari tempo dato cenni di irregolarità mestruale, il criterio della età avrebbe acquistato maggiore importanza; ma

malgrado l'età la mestruazione ricorreva normalissima, quindi prima di conchiudere sulla diagnosi eziologica delle sue sofferenze era necessario studiare l'organismo e le sue funzioni per scoprire di esse qualche altra causa.

Ma i mutamenti che ponno darsi nell'organismo femminile ad una certa epoca della vita, sono forse soltanto riferibili all'apparato genitale? Nò certamente. Io non dimentico mai che proprio a quella età può darsi, tanto nell'uomo quanto nella donna, una modificazione nelle condizioni circolatorie, specialmente in alcuni distretti della circolazione venosa, quando le pareti venose perdono della loro resistenza e si ha un relativo torpore della circolazione e corrispondenti effetti negli organi che ne dipendono. Giudicai dunque che nella signora si fosse avverato tutto ciò nella circolazione addominale; trassi da questo concetto le indicazioni terapeutiche e nel risultato conseguito posso offrire la prova della importanza che deve annettersi allo studio critico dei sintomi, prima di attribuirli, secondo un'erronea tradizione, alla epoca della menopausa.

6. N. N. del contado padovano aveva sortito dalla nascita debolissima costituzione. In famiglia erano morti alcuni (due fratelli ed una zia) per tubercolosi polmonale. La paziente andò soggetta ad affezioni catarrali; fu diagnosticata affetta da bronco-alveolite prima della comparsa mestruale (12 anni); ma in seguito acquistò un certo grado di salute e buona nutrizione. Si sposò a 22 anni, ebbe tre figli sani. Ad ogni gravidanza deperiva fortemente e si rimetteva poscia purchè non allattasse. Dopo l'ultima gravidanza specialmente la sua nutrizione si era fatta invidiabile.

Per alcuni anni nulla di notevole: a 35 principiò a deperire alquanto a cagione di ostinata dispepsia stomacale con rinnovata tendenza ai raffreddori. La mestruazione, che da qualche mese scarseggiava, scomparve. Ritenevasi che ciò dipendesse dal notato deperimento nella nutrizione. Ma colla scomparsa della mestruazione si determinarono fenomeni di petto accentuati, che rapidamente si diffusero e progredirono alle manifestazioni più caratteristiche della tisichezza polmonale.

Il fatto interessante in questa storia si osserva nel punto in cui la paziente a 35 anni, con fenomeni dispeptici principia ad avere scarsa la mestruazione e a deperire; e nell'altro punto, dove la cessazione delle regole è seguita dalla sintomatologia polmonale. Si attribuiva alla dispepsia l'abbassarsi della nutrizione; la scarsezza del tributo mensile consideravasi una sua conseguenza. Invece si deve dire, che col principiare della menopausa si sconcertarono le condizioni generali, e col definitivo determinarsi di essa, esplosero i sintomi di petto.

Tilt afferma giustamente, che qualche volta la cessazione de' menstrui risveglia affezioni ch'erano da lungo tempo scomparse; e tra queste si deve enumerare la tisichezza polmonale, come notarono *Brienne*, *Recamier*, *Dubois* ed altri.

Nel caso narrato adunque, stando all'età, si era portati a non sospettare nemmeno l'epoca critica; ma lo esame razionale dei fatti morbosi doveva almeno farla sospettare. In vero, quale altro momento eziologico operava nella paziente, perchè venisse a scemare la florida salute degli ultimi anni? Veruno. Quindi, se al rinnovarsi

della tendenza alle infreddature fosse stata ridestata la memoria delle sofferenze giovanili e si avesse badato alla prima anomalia della mestruazione, senza concedere troppa importanza al criterio della età, si avrebbe dovuto conchiudere che il rinnovarsi dei sintomi dell'apparato respiratorio coincideva colla menopausa.

Ma il caso medesimo è importante anche per un'altra considerazione: a 35 anni la mestruazione viene meno; si risveglia una antica malatia polmonale senza una sofferenza palese all'apparecchio genitale, malgrado la menopausa si sia effettuata in assai breve lasso di tempo. Il che vuol dire — come già avvertivamo — che la patologia della età critica non è legata alle ragioni fisiologiche per cui si sopprime la mestruazione, ma dipende dalle speciali condizioni dell'organismo.

Ho detto già in principio di questa nota, che vi sono donne le quali superano felicemente l'epoca critica senza verun patimento; e da ciò che venni fin qui commentando risulta, che la patologia della età critica è una manifestazione dello stato particolare dell'organismo, che varia nei differenti individui. Tutto ciò viene dimostrato dal seguente prospetto.

Num. dei casi	EPOCA della prima mestruazione	CONDIZIONI FISIOLOGICHE E PATOLOGIGHE successive	EPOCA della Menopausa	CONDIZIONI SUCCESSIVE ALLA MENOPAUSA	
				LENTA	RAPIDA
1	13 anni	Discreta salute attraversata da affezioni catarrali di petto e di ventre, metrite cronica.	42 anni	Menorragia, leucorrea. Emorroidi secche cardiopalmo.	—
2	12 anni	Emicrania ad ogni ricorso mensile. Lievi forme isteriche. Catarro stomacale.	44 anni	Cessazione della emicrania. Miglioramento del catarro stomacale e dei fenomeni isterici.	—
3	15 anni	Irregolarità mestruali; disturbi nervosi consecutivi ad ogni epoca mestruale irregolare; congestioni epatiche; una colica epatica; cardiopalmo.	40 anni	—	I soliti disturbi nervosi divennero più intensi (isterismo volgare, vertigini); dimagramento. Dopo breve tempo benessere generale, nutrizione eccellente.
4	12 anni	Reumatismo poliarticolare acuto; endocardite valvolare aortica (insufficienza delle semilunari). Mestruazioni regolarissime durante la mestruazione esacerbavano i sintomi cardiaci.	42 anni	Le irregolarità mestruali della menopausa si verificarono senza che per questo si aggravasse la condizione cardiaca. Al cessare della mestruazione non crebbero i fenomeni della alterata circolazione, nè si presentarono altri sintomi viscerali.	—
5	11 anni	Clorosi protratta fino al 16.º anno. Stitichezza abituale, dispepsie flatulente. Una pneumonite.	50 anni	—	Nessuna anomalia funzionale, nè qualsiasi alterazione della salute. Aumento dei tessuti grassi.
6	12 anni	Dismenorrea, leucorrea, metrite catarrale, isterismo.	45 anni	Durante le ultime mestruazioni aumento di fenomeni isterici. Sospesa la mestruazione, guarigione di questi.	—

Questi casi dimostrerebbero, che la cessazione delle regole è seguita da miglioramento della salute. Nel caso I. le condizioni successive alla menopausa si riferiscono in parte all'apparecchio sessuale (menorragie, leucorrea), in parte all'apparecchio digerente (emorroidi secche), in parte al circolatorio (cardiopalmo). Tolte le prime, che cessarono poi affatto e che coincidono colla involuzione degli organi genitali, le altre non possono dirsi che ne dipendano, perchè sono eguali a quelle che anche nell'uomo si verificano quando si trasformano, per ragioni di età, gli apparecchi organici. E negli altri casi è evidente il progredire del benessere col determinarsi della menopausa. Del resto meglio guardando alle cose si rileva: che nel caso 1., dopo la menopausa, i fenomeni catarrali di petto e di ventre vennero meno: nel caso 2. l'emicrania e il catarro di stomaco coi fenomeni isterici scomparvero; nel caso 3. colla menopausa si dissiparono i fenomeni epatici e il cardiopalmo che assai probabilmente stava in rapporto colle anomalie funzionali del ventricolo; nel caso 4. si vede fatalmente protrarsi la sintomatologia del vizio cardiaco senza aggravamento speciale durante l'età critica; nel 5. e nel 6. caso non v'è quasi indizio di menopausa; nel 3. e nel 6., quantunque la sospensione mestruale sia stata rapida, non si lamentarono morbose insorgenze.

Non sempre dopo la cessazione delle regole abbiamo miglioramento della salute: pur troppo vi sono casi nei quali l'epoca critica è esordio ad una sterminata serie di sofferenze, tra le quali la donna non solo si trasforma per ragione degli anni, ma subisce un mutamento per cui quasi perde le sue fattezze, il suo carattere morale. -

Le une dimagrano enormemente, sotto l'influenza di incessante anomalia dell'apparecchio digerente; le altre divengono in modo singolare suscettibili di fronte a tutto ciò che impressiona il sistema nervoso, e la motilità si accascia per un non nulla, come l'umore morale le fa essere continuamente in preda alla paura di cadere ammalate, o di essere gravemente ammalate; altre emergono dalla crisi mestruale colla conseguenza di palpitazioni che non avevano mai avuto prima, e dietro questa a poco a poco insorgono fenomeni di respiro, gonfiezza agli arti e via via quanto appartiene al vizio cardiaco.

In tutti questi casi deve essere riconosciuto un fatto sul quale nei precedenti capitoli ho insistito; in tutti questi casi si tratta di veri processi morbosi che nella donna coincidono – ma non necessariamente – colla menopausa; processi morbosi che dinotano gravi perturbamenti dell'organismo che s'innoltra nella vecchiaia; per cui non l'epoca critica, ma questi profondi mutamenti dell'organismo sono la causa vera delle alterazioni funzionali e del deperimento irreparabile dell'organismo. Il quale non può dirsi ridotto a tale in causa della età critica; ma per essere intervenuto il processo della senilità in coincidenza della età critica; mentre questa può aver luogo senza che l'organismo provi speciali sofferenze e prima ancora che abbiano a manifestarsi i fenomeni della vecchiezza in tutte le altre parti, o in altre parti, dell'organismo.

Per giudicare di questa trasformazione dell'organismo bisogna studiare il sistema delle arterie ed il sistema nervoso; e dalle mie osservazioni risulta: che fra 216 casi in 19 ho rinvenute traccie evidenti di ateromasia cen-

trale, o periferica, o centrale e periferica insieme. — In 10 ho constatato fenomeni di alterazione della innervazione, o sotto forma di generale debolezza prevalente alle estremità inferiori; o sotto forma indeterminata di esaurimento con qualche parvenza spastica coincidente con alterazione della colonna vertebrale tendente ad incurvarsi; o sotto forma di debolezza cerebrale con notevole dimagramento. — In 20 casi ho trovato una morbosa tendenza alla grassosità, che in 5 si manifestava come vera polisarcia. — In 39 si verificò un dimagramento considerevole con discreto benessere generale. - In 3 casi è registrato un vago procedere di sintomi polmonali che esitarono colla tisi senile. Anche in questi ultimi l'esame accurato del corpo conduce a riconoscere alterazioni arteriose e nervose combinate, o prevalenti.

Se la età critica fosse per se stessa cagione fisiologica di eventi morbosi, io maraviglierei dell'infrequente loro comparsa.

D'altronde, nella stessa guisa che per alterazioni funzionali dello stomaco, dell'intestino in generale possiamo vedere conseguenti manifestazioni morbose più. o meno, lontane dalla sede dell'alterazione, non mi maravigliano alcuni fatti che succedono alle anomalie mestruali.

Ma ciò che avviene per le anomalie mestruali, non ha nulla di particolare, nemmeno se le stesse anomalie sono quelle della età critica.

Da quando mi decisi registrare i fatti riferibili alla menopausa, potei raccogliere 216 casi, dall'esame dei quali risulta, che lo stato patologico della donna durante la età critica ben di raro fu da questa determinato; e se

venne aggravato, ciò dipese dalla precedenza, o dalla coincidenza di altre circostanze morbose.

Dopo i lavori di *Andral et Gavarret* si ammise, che nella donna dal cominciamento dell'epoca mestruale la quantità d'acido carbonico eliminata dai polmoni non aumenta, come avviene nell'uomo, ed eguale si mantiene per tutto il tempo che si rinnovano i periodi catameniali. Quando le regole si sospendono, aumenterebbe l'esalazione carbonica attraverso i polmoni; e come nell'uomo diminuirebbe a seconda che si avvicina la senilità.

Ciò sarà vero; ma se male non mi appongo, non può in verun modo applicarsi per interpretare certi fatti della patologia dell'età critica, sino a dimostrazione contraria; perchè, sospendendosi le mestruazioni, l'apparecchio respiratorio si presta alla eliminazione carbonica; e se si presta, il fatto chimico surricordato, non deve dar luogo alle supposte conseguenze.

Non si può comprendere come la donna abituata ad una purga periodica, alla perdita di 100-200 grammi di sangue ogni mese, possa non sconcertarsi alla sospensione delle regole; bisogna che si stabilisca una qualche funzione vicaria. Questo si dice ogni giorno. Ma io rifletto, che si comprende benissimo tutto ciò quando si abbandonino le teorie e si stia ai fatti. E questi dimostrano, che può sospendersi il flusso mestruale senza conseguenze funeste; e che se fosse vero, che quando cessa di funzionare l'utero, deve intervenire una funzione vicaria, molti fenomeni di questa natura dovrebbero essere più frequenti. E questo non è che in alcuni rari casi.

Prendiamo i fatti emorragici come quelli che più propriamente si possono dire vicari.

Fra 216 casi non ho constatato che *una* volta l'ematemesi; *due* volte l'emottisi; *tre* volte l'enterorragia; *quattro* volte l'emorragia cerebrale; *una* volta l'emorragia spinale.

Trattandosi di funzione vicaria, dobbiamo trovare una relazione tra l'organo che non funziona e l'organo che supplisce. È questo un dettame della fisiologia, che come p. es. tra i reni e la cute, così tra l'utero e qualche altro organo deve esistere una certa correlazione funzionale. Sarà l'intestino? il cervello? il midollo spinale? Certamente no. Dovrebbe dirsi il polmone, se volessimo tener conto di quanto si ricordava più sopra circa l'eliminazione dell'acido carbonico. Ma anche ammettendo per un istante che sia il polmone, vedo un ostacolo opporsi alla conclusione che la emottisi si debba considerare una funzione vicaria; e quest'ostacolo è sollevato dai fatti medesimi della statistica: due volte sopra 216 casi, secondo le mie osservazioni, *otto* volte sopra 500, secondo le osservazioni di *Tilt*, rappresentano piuttosto contingenze casuali, anzichè necessità fisiologiche: — sono fatti singolari non costanti, quindi non valgono a stabilire una legge.

Per me nemmeno l'enterorragia, sebbene si vegga più frequente, merita la significazione di vicaria per le seguenti ragioni, oltre quella già prodotta: 1. perchè vi hanno altre cause atte a determinarla in coincidenza colla menopausa; 2. perchè non è sempre periodica, quindi perde uno dei caratteri fisiologici necessari; 3. perchè anche la periodicità non è carattere che appartenga esclusivamente ai fenomeni della patologia femminile. Io ho curato un signore che aveva a periodi regolari una emoftoe da più

di quindici anni. In questo signore medesimo qualche volta mancava l'emoftoe se si manifestava l'emorragia emorroidale. Ho veduto io stesso la quantità del sangue emesso per la via dei bronchi ed era pari a quella di un discreto salasso.

Si disse pure, che il primo effetto della soppressione mestruale è uno *stato pletorico* assai più frequente negli organi del bacino — quindi emorroidi, metrorragie, melene.

È vero, verissimo che questo *stato pletorico* si manifesta; solo è falso il ritenerlo dipendente dalla soppressione mestruale. Se si esamina bene lo stato patologico delle donne, si vede prepararsi prima della epoca critica; e se durante questa può aggravarsi, si vede eziandio immutato protrarsi. D'altronde questo *stato pletorico* non è altro che uno stato emorroidario — cioè una perdita di resistenza e successiva dilatazione delle vene emorroidali, quindi una stasi sanguigna in queste e in tutte le parti, o territori venosi che ne dipendono: quindi tutti i fenomeni che possono derivarne. Ma tutto questo è una mera coincidenza, non è una necessità fisiologica dell'epoca critica. *P. Frank* riconobbe questa condizione essere inerente alla età, non al sesso.

Bordeu vide l'emottisi mensile. *Tilt* l'ematemesi e lo scolo di sangue da vene varicose, *Ollivier d'Angers* l'epistassi, la congestione spinale, *Piorry* quella dell'encefalo; *Beclard* vide l'emorragia dei punti lacrimali, *Puech* del condotto uditivo, *Bouchut* il ptialismo etc.; ma tutti questi fatti curiosi e rarissimi, lo ripeto, dovranno spiegarsi, ma non possono dirsi strettamente vicari. Mentre non credo possano spiegarsi per il fatto chimico dalla eliminazione carbonica, credo invece possano essere inter-

pretati colla legge delle azioni riflesse e delle individuali idiosincrasie; tanto più che in molte donne durante l'epoca critica hanno luogo perturbazioni del sistema nervoso insieme con altre che dipendono dalla trasformazione dell'organismo per cui si ideò il concetto della *pletora nervosa* propria della età; concetto che troppo facilmente si dimostra falso per essere quivi confutato e che d'accordo con *Börner* vorrei comprendere meglio facendo ricorso anche alle paralisi vaso-motorie. Le quali hanno ragione di essere nelle alterazioni dei centri ganglionari, come ebbi occasione di constatare anatomicamente e quali ho quindi motivo plausibile per ammettere nell'epoca della vita della donna, in cui l'organismo intero può volgere alla senilità, cercando la ragione dei fatti che abbiamo quivi ricordati.

Le emorragie così dette vicarie e le pletore nervose sono fenomeni che si possono incontrare anche nell'uomo e precisamente in quegli stati morbosi complessi dei quali ho discorso ne' precedenti capitoli, e ai quali per quello che nel presente ho esposto, devono essere avvicinati come analoghi quelli delle donne sofferenti nell'epoca della menopausa.

Nelle donne si dicono vicarie le emorragie solo perchè siamo avvezzi a dare una certa importanza alla menstruazione; ma se in luogo di starsi alla teoria si istituisce una buona critica sui fatti, si vede che l'emorragia è la conseguenza di alterazioni dell'organo nel quale hanno sede.

Non è guari che a me presentavasi un signore per essere medicato di sofferenze gastriche, le quali tratto tratto erano aggravate da vomiti sanguigni. Aveva 48

anni e presentava segni manifesti di ateroma e di generale deperimento. Il rinnovarsi della emorragia era preceduto da aumento di fenomeni addominali, che erano gonfiezza del ventre, dolore cupo ai lombi, malessere generale. Tutto si migliorava dopo la ematemesi. Non v'erano indizi di cirrosi epatica, nè i sintomi gastrici accennavano alla presenza dell'ulcera rotonda.

Questo caso non ha nulla di particolare cogli analoghi - più sopra ricordati - che mi occorsero nelle donne all'epoca critica: — ma in tutti era l'emorragia da ascriversi alle alterazioni del sistema vascolare dell'organo digerente, alterazioni che anche l'anatomia patologica dimostra e che vita durante si possono con tutta probabilità sospettare ed anche ammettere.

La pletora nervosa, se così piace denominare quella speciale sintomatologia della donna alla età critica, la quale consiste in una facile e talvolta continua manifestazione di irritabilità nervosa -- si riscontra pure nell'uomo. — L'uno e l'altro mentre perdono nella resistenza della innervazione, diventano più irritabili; acquistano maggiore suscettibilità morbosa; hanno frequentemente algie agli arti, oppure schiette forme nevralgiche; hanno quelle note scalmane al capo anche accompagnate da altri fenomeni o stomacali, o cardiaci. - Perchè questo insieme di fatti avrà un nome speciale nelle donne e non nell'uomo? - Nella donna il concetto di pletora nervosa venne suggerito dalla solita idea che il mancare d'una funzione come quella dell'utero debba essere causa di accumulo di energie nervose nell'organismo; ma è ragionevole questo modo di vedere, quando, malgrado il nome di pletora nervosa, effettivamente l'innervazione in

decadimento? Quando alla maggiore irritabilità corrisponde la debolezza? Quando gli stessi fenomeni morbosi, in luogo di essere causati da eccesso di dinamismo (mi si permetta la frase), sono effetto di anomalie intervenute nei centri ganglionali, anomalie che contribuiscono ad alterarne la funzionalità per un certo lasso di tempo, e quindi la nutrizione e la struttura.

Durante l'età critica si possono dare invece fenomeni di pletora sanguigna.

Nello scrivere queste parole mi corre alla mente una opinione falsa che alcuni professano a proposito della pletora, negando assolutamente la possibilità della sua esistenza. Se questa opinione non fosse uscita dalla bocca di persona rispettabile, non troverei la ragione di soffermarmi per dirne qualche cosa.

É un fatto degno di considerazione, che, sebbene per qualche tempo sieno stati portati molti argomenti ed anche non pochi risultati sperimentali contro l'esistenza della pletora, intesa come poliemia, pure questo concetto non ha mai potuto cancellarsi affatto dalla pratica; la quale se da un lato ha il dovere di accogliere dallo sperimentalismo tutto ciò che contribuisce al progresso della medicina, dall'altro ha il diritto di insistere sopra concetti che l'esperienza giornalmente sanziona, anche se l'esperimento non può giustificare, nè spiegare. – Basta un po' di critica per comprendere che gli esperimenti eseguiti sugli animali mercè l'iniezione nel sistema vasale, valgono solo a provare che in quel dato animale non può mantenersi elevata oltre un certo grado la pienezza e la tensione vasale. Ma questo può verificarsi

tanto sopra un corpo non pletorico, quanto sopra un corpo pletorico: l'esperimento giova soltanto a dimostrare che v'è un potere regolatore e null'altro.

Quando si istituivano quegli esperimenti, si professava un errore, che oggi deve dissiparsi – l'errore che l'organizzazione del corpo in ogni individuo fosse eguale, identica: non si pensava alla possibilità di uno sviluppo del sistema vascolare nel quale potesse realmente accogliersi una quantità di sangue maggiore alla media attribuita fisiologicamente a ciascun individuo adulto. La quantità del sangue nell'adulto dovrebbe corrispondere a $^1/_{13}$ del peso del corpo secondo *Beannis*; ad $^1/_{13}$ o ad $^1/_{14}$ secondo *Bischoff*; ad $^1/_8$ secondo *Weber* e *Lehmann*. Queste stesse medie accennano al fatto al quale ho accennato, relativo alla organizzazione del corpo.

Ora invece si comprende, secondo gl'insegnamenti della morfologia, questa possibilità; ed acquistano valore le affermazioni dell'esperienza clinica; – come ho avuto occasione di dire in altro luogo, il concetto di pletora si connette con quello di una speciale organizzazione. Trovo p. es. in *Ziegler*, per citare uno dei recenti trattatisti, che *non solo l'osservazione di individui aventi il cuore robusto e forte, il polso grosso e pieno, espanso, con tendenza alle attive congestioni; ma molto più il riscontrare cadaveri i quali presentano singolarmente ampio il sistema venoso ed arterioso, amendue turgidi di sangue, ed organi ricchi di sangue e cuore ipertrofico indipendentemente da vizio valvolare o da malatia renale, ci fa comprendere che in questi casi il cuore abbia dovuto elevare la propria attività per mantenere in circolazione l'aumentata massa sanguigna.*

Anch'io un tempo dubitava fortemente della esistenza di una pletora; ma l'osservazione clinica e gli studi morfologici mi hanno richiamato sopra questo fatto, del quale vedemmo altrove la importanza e che dobbiamo nuovamente considerare trattando della età critica.

Durante il decorso di questa si possono veramente constatare fenomeni di pletora generale, o parziale (addominale), questi ultimi assai più frequentemente dei primi. Ciò è pure da aversi presente quando si voglia ricercare la patogenesi di alcune emorragie, le quali, come è certo, possono aver luogo anche indipendentemente dalla mestruazione; e se per avventura non si fossero verificate prima della età critica, vuol dire che coll'incominciamento di questa sono principiate nell'organismo femminile quelle modificazioni dell'organismo e del sistema vascolare in ispecial modo, alle quali abbiamo più volte accennato, per le quali vedemmo anche nel sesso maschile essere possibili le emorragie ed essere utile il sistema di cure minorative.

Questi pensieri dettati dalla osservazione clinica, portano con se utili insegnamenti per la pratica.

Avendo constatato che in alcune donne può, nello svolgersi dell'epoca critica, prodursi uno stato pletorico, o meglio accentuarsi, bisogna sempre ricorrere al concetto della varietà individuale della organizzazione per comprendere come i fenomeni della pletora vengano a presentarsi in una parte, od in un'altra, dell'organismo; come questi fenomeni idraulici, e talora idraulici e nervosi insieme, cospirino a costituire una manifestazione clinica speciale, semplice o complessa; come, infine, l'opera del medico possa

direttamente influire con principî più sicuri che non sieno quelli di una terapeutica che si dice razionale, mentre è puramente teorica.

Una signora col progredire della età critica principia a ingrassare ed avvertire qualche affanno di respiro, il quale a poco a poco si trasforma in un vero accesso d'asma. Il bromuro, la morfina, i diversi preparati di chinino, gli antispasmodici, le varie inalazioni non giovarono. Venne a me per consiglio: viste le condizioni generali, l'ampiezza del cuore maggiore del normale, il ventre tumido, il fegato ingrandito, prescrissi un sanguisugio all'ano da ripetersi ogni mese; una dieta piuttosto riservata ma eletta; un diuretico e qualche antispasmodico. Il medico curante trovò invece che la signora abbisognava di ferro, di aria buona e di distrazione. L'asma accresce e allora si fa la cura prescritta ed il miglioramento principia col farsi minori gli accessi di asma, progredisce col farsi gli accessi meno frequenti, finchè l'ammalata si ritiene guarita. Non divenne anemica per la cura, come si temeva, continuò uno stato di nutrizione esuberante, ma di benessere, che s'interrompeva solo quando la paziente eccedeva nel mangiare, o era disturbata da qualche patema.

Molti fenomeni cardiaci, molti altri addominali, certi dolori ai lombi, cefalee, vertigini, molti catarri tanto delle vie respiratorie, che delle intestinali, sintomi cardiaci, sintomi epatici e renali, hanno la loro patogenesi nelle mutate condizioni idrauliche, e il loro mezzo curativo nel trattamento adeguato. Intorno al quale — per non ripetermi – richiamerò le cose che ho detto in un capitolo precedente.

VII.

Sulla Patologia della vena cava ascendente.

Sommario. — Difetto di cognizioni sull'argomento. — Cenni che ne tramandò Morgagni. — Alterazioni anatomiche da me riscontrate: *Infiammazione, Ipertrofia, Dilatazione.* — Considerazioni fisio-patologiche — *Storie cliniche:* — 1.ª Cirrosi epatica; influenza della pressione intraddominale sulla secrezione dell'urina e sull'albuminuria; angioite della cava. 2.ª Influenza combinata della malaria e degli alcoolici; cirrosi epatica con angioite della cava. 3.ª Abuso di cibi e d'alcoolici; dissesti cardiaci; due parole di critica sulle cardiopatie da influenza epatica; cirrosi del fegato con endoflebite. 4.ª Abuso degli alcoolici; sofferenze emorroidali; cirrosi epatica vena cava sanissima. 5.ª Cardiopatia congenita; cirrosi epatica con straordinaria dilatazione del cuore destro e della cava ascendente. 6.ª Abuso degli alcoolici; cardiopatia; cirrosi epatica; risipola flemunnosa delle estremità; degenerazione del miocardio; dilatazione ed ipertrofia della cava inferiore.

Nè i clinici, nè gli anatomo-patologi hanno rivolto la loro attenzione alla vena cava inferiore, meno in qualche singolarissima circostanza.

Senza andare in cerca delle cause che possono avere contribuito a questa negligenza, sta il fatto, che anche i più recenti libri di patologia non dedicano alla vena cava inferiore che qualche parola, qualche accenno, specie quando si tratta di dissesti idraulici generali.

Credo che se i clinici, riflettendo alla importante funzione della cava ascendente, avessero tentato di farne applicazione alla meccanica di alcuni sintomi, o di alcuni complessi sintomatici, gli anatomisti avrebbero sentito lo sti-

molo di correre alla ricerca dei fatti clinicamente intuiti; – e così pure credo, che se gli anatomo-patologi, come per altri organi, così per la cava inferiore si fossero imposti l'obligo della metodica esplorazione, avrebbero incontrato dei fatti capaci di richiamare più frequente il pensiero dei clinici sulle funzioni della cava.

Tant'è che le notizie anatomo-patologiche su questo organo della circolazione sono molto scarse; oserei dire, che non abbiamo una patologia della cava ascendente, come invece l'abbiamo della vena porta, dell'aorta ecc.

Per questo fa maraviglia leggere in alcuni luoghi dell'opera preziosa del *Morgagni* cenni abbastanza chiari sul modo di presentarsi della cava [1]).

In un sarto la trovò corrosa alla estremità superiore [2]); – in un individuo che aveva il fegato oltremodo voluminoso, e l'aorta in proporzione del corpo soverchiamente angusta, riscontrò la cava straordinariamente ampia presso il forame diaframmatico [3]); – in uno di due individui appiccati vide la cava assai dilatata [4]); ed altrettanto ampia la rinvenne in un caso di morte per ernia [5]) ed in un caso di affezione polmonale [6]); – fa menzione della vena cava in un caso di morte per malatia intesti-

---

[1]) Sebbene possa farsi risalire la storia del nostro argomento fino ad *Areteo* di Cappadocia, ben poco di preciso si può raccapezzare. *Lanceraux* nel Dictionaire d. scienc. médical. (t. 13. p. 506) dice in proposito, che la descrizione di questo autore non si può nemmeno accettare come spettante alla flebite della cava.

[2]) *Morgagni*. De sedibus et causis morborum. Epist. LIII. §. 37.

[3]) Idem. Epist. LIV. §. 37.

[4]) Idem. Epist. XIX. §. 17.

[5]) Idem. Epist. XXI. §. 35.

[6]) Idem. Epist. XXXIV. §. 15.

nale [1]; ed altrove s'intrattiene con auree parole sull'argomento nostro, come mostrerò a suo luogo.

Non mi consta che dopo il *Morgagni* sia stato publicato un lavoro ordinato e metodico intorno alla patologia della cava: – non si hanno che osservazioni parziali riferentisi a trombosi primitive, o secondarie.

Hodgson [2] fa appena qualche cenno della vena cava inferiore, narrando casi della sua retrazione e della circolazione collaterale suppletoria.

Non ho d'uopo di dimostrare, che nè i trattati di patologia speciale medica, nè quelli d'anatomia patologica si occupano in modo particolare dell'argomento, sebbene sia stato ammesso come fatto generale la dilatazione della cava inferiore nelle malatie croniche dei polmoni e del cuore [3].

A me parve utile trattare di questo argomento dopo che la Clinica e l'Anatomia patologica mi offersero fatti importanti, dai quali risulta, che la funzione della cava inferiore, alterandosi, può contribuire alla sintomatologia di parecchie infermità, come ho dimostrato in due publicazioni [4].

E stimo egualmente utile riprendere l'argomento dopo ulteriori osservazioni, perchè, contrariamente a quello che significherebbe il silenzio serbato da presso che tutti, da esso viene portata alquanta luce sopra alcuni stati mor-

---

[1]) *Morgagni*. Epist. XXXV. §. 10.

[2]) *Hodgson*. Trattati delle malatie, delle arterie e delle vene.

[3]) *Quincke* in Handb. v. Ziemssen. B. 6. p. 454.

[4]) *De-Giovanni*. Alterazioni della vena cava ascendente ecc. — La *Rivista clinica*. Bologna Agosto 1884. — Seconda contribuzione alla fisio-patologia della vena cava ascendente. — Ivi Maggio 1885.

bosi e viene meglio spiegata l'efficacia di certi mezzi terapeutici, come vedremo.

Le alterazioni che si trovano qua e là registrate dagli autori nella vena cava ascendente, sono: la dilatazione, la flebite proliferante, la suppurativa, la trombosi meccanica, la cachetica, i neoplasmi. — Io ho constatato: la *infiammazione*, la *ipertrofia*, la *dilatazione*.

Esporrò brevemente il reperto quale risulta dalle mie ricerche, poi studierò la vena cava come organo circolatorio per dimostrarne la importanza fisiologica e patologica.

L'infiammazione mi si presentò sotto tre forme: — *esoflebite*, *mesoflebite*, *endoflebite*.

L'esoflebite occorre più frequentemente. - Può presentarsi, a seconda dei casi, nello stadio iniziale coi caratteri dell'acuzie ed allora non manca l'iperemia più o meno diffusa; - oppure a stadio più innoltrato, con o senza traccia di iperemia, ma coll'esito dell'ispessimento dell'avventizia e dell'aumento del tessuto connettivo circumambiente.

La stessa frequenza colla quale occorre di vedere l'esoflebite, anche quando durante la vita non si ebbero fenomeni di alterata funzione della cava, dimostra la poca importanza del fatto patologico, specie quando questo sia scarsamente sviluppato e senza l'iperemia.

Se per altro l'esoflebite fosse stata tale da impartire alla vena aspetto quasi tendineo, si può essere sicuri di trovare associata anche la mesoflebite.

L'endoflebite accompagna pure le precedenti in alcuni casi: - tre volte mi è avvenuto di vederla spiccatissima, come dimostrano la fig. 2.ª e 3.ª.

Da ciò risulta, che l'infiammazione può cogliere complessivamente le tre tuniche delle vene; che però la esterna e la media sono assai più frequenti; che la interna, quando è lesa, partecipa dell'alterazione delle prime, confermandosi così quanto è già noto intorno alla infiammazione delle vene in generale che la eso – e la mesoflebite ordinariamente vanno insieme e che possono trasmettere il processo morboso alla interna.

Non mi diffonderò a dire dei caratteri esterni, macroscopici inerenti alla esoflebite, perchè basta intorno a ciò quello che ho or ora mentovato.

Quando all'endoflebite, ho veduto che l'intima perde il suo endotelio ed al suo posto si presenta una finissima sostanza granellosa, in mezzo alla quale si raccolgono cellule embrionali più, o meno, numerose; – oppure l'endotelio è opaco, disposto irregolarmente, e sotto di esso si vede la proliferazione di elementi, i quali infiltrano in una misura varia il resto dell'intima.

In qualche caso ho veduto lo strato endoteliale sollevato dalla sottoposta raccolta dell'essudato, il quale è costituito da una sostanza granulosa in cui sono disseminati dei leucociti.

Posso credere che quando la flebite inizia nell'intima, questa si alteri molto più di quando la infiammazione viene dall'esterno, perchè nei casi nei quali la intima mi ha presentato alterazioni più spiccate, la media era meno lesa e meno ancora la esterna.

Come la lesione della tonaca media non si presentò isolata, così non ne posso fare la descrizione particolareggiata. Per lo più essendo associata alla esoflebite, così si vedono gli elementi connettivi di questa che la invadono.

Oltre ciò si osservano pure altre alterazioni negli elementi muscolari, di cui dirò appresso parlando dell'ipertrofia.

Sarebbe utile potere soccorrerci con alcuni dati di confronto per giudicare dello spessore delle pareti della cava. A questo scopo ho praticato delle misurazioni sopra vene sane ed ammalate; ma non ho raccolto risultati utili, perchè lo spessore del vaso varia ne' diversi individui indipendentemente da qualunque processo morboso.

E questo è un fatto importante, come vedremo tra breve, discorrendo della funzione della cava ascendente.

All'esame microscopico delle pareti vascolari ho veduto vasi sanguigni e connettivo con indizi positivi della lesione infiammatoria. Il connettivo proliferato e proliferante in diversa misura a norma dei luoghi sui quali cadeva la sezione. — I vasi sanguigni, numerosi, voluminosi; — globuli sanguigni dispersi nelle maglie del tessuto, insieme con elementi fusiformi ed embrionali. Per farsi una giusta idea delle cose bisogna esaminare comparativamente delle cave sane e delle cave ammalate.

In altri casi i fatti vascolari sono meno evidenti e predomina invece il tessuto connettivo, che si presenta ispessito tanto più, quanto più si osserva la periferia del vaso.

In una sezione lungitudinale all'asse del vaso ho potuto seguire per lungo tratto un ramuscolo arterioso dei *vasa-vasorum* e notare l'iperplasia del connettivo perivascolare ed in copia la produzione di giovani elementi. — Questo vaso attraversava diagonalmente l'avventizia, dove si diramava e d'onde penetrava tortuosamente la media, della quale erano smagliate le fibre, e negli spazi si vedeva distintamente dell'essudato.

La vena cava può essere alterata in tutta la sua lunghezza, oppure solamente, o specialmente, nel tratto che attraversa il fegato. In questo caso il connettivo epatico è il punto di partenza della cronica infiammazione, per cui gli strati esterni all'intima appariscono più densi attraverso l'intima stessa; per la qual cosa questa acquista sembianza quasi tendinea, o solamente un colore bianchiccio, distribuito a striscie trasversali od a chiazzette. Se si praticano tagli in direzione perpendicolare a questi punti, si può scorgere lo spessore delle pareti del vaso ed anche la dipendenza del connettivo dal vaso da quello del fegato.

L'ipertrofia delle pareti della cava è un fatto interessante. Devo subito avvertire, che non si tratta di ipertrofia tutte le volte che le pareti della cava hanno aumentato lo spessore, perchè — come dianzi vedemmo – la sola iperplasia connettivale per effetto di cronica infiammazione può dare questo risultato.

Vera ipertrofia abbiamo quando il vaso, oltre avere uno spessore maggiore del normale, presenta una tessitura fascicolata, più o meno apprezzabile, a fasci longitudinali ed un coloramento più oscuro, che in qualche caso diventa rosso-carneo.

La vera ipertrofia risulta, secondo me, *dallo abnorme sviluppo degli elementi muscolari*, comunque sia più o meno addensato anche il tessuto connettivo. – Il tessuto muscolare vi ha un predominio insolito e talora così pronunciato da impartire al vaso l'aspetto dell'esofago.

L'esame microscopico conferma quello che risulta già all'ispezione microscopica: – i fasci muscolari sono oltremodo robusti, tanto nella media quanto nell'avventizia.

In qualche caso ho veduto la ipertrofia muscolare insieme con quella degli elementi del connettivo interstiziale e delle fibre elastiche.

Avendo istituito molte osservazioni comparative tra vene cave di sani e d'ammalati, ho potuto constatare che i fasci muscolari della parete del vaso hanno uno sviluppo differente nei differenti individui anche quando si hanno tutte le presunzioni che la vena sia in istato normale. — Questo fatto mi venne confermato anche da alcune ricerche sui cani.

Stando a ciò mi pare, che non sia azzardato l'ammettere, che originariamente la costituzione anatomica offra delle varietà individuali; quindi, come dissi dello spessore delle pareti del vaso, non sia circostanza destituita d'interesse scientifico, sapere che lo spessore di esse pareti offre delle differenze anche nello stato normale.

Va notato che l'ipertrofia vera delle pareti della cava suole essere più pronunciata in prossimità del fegato ed, oltre questo, appena dopo lo sbocco delle vene epatiche; e che dessa può essere anche indipendente dal processo infiammatorio.

Questo pure è un fatto, il quale unitamente a quello relativo allo sviluppo vario delle musculature e alla varietà dello spessore delle pareti della cava, induce ad ammettere con fondamento che la cava eserciti una influenza di non lieve importanza nella funzione circolatoria.

La dilatazione della cava si trova piuttosto frequente. In proposito mi piace ricordare le parole del *Morgagni* colle quali spiega come possa la dilatazione della cava non apparire in morte quanto era durante la vita.... *le varici della cava, a meno che non sieno enormi, non*

si offrono all'occhio dell'anatomico.... imperocchè le vene deprimonsi in ragione della sottigliezza delle loro tuniche, ogniqualvolta venga a mancare ad esse il sangue, come succede incidendo la vena cava nel ventre [1]).

Ho citato volentieri queste parole perchè il senso loro combina precisamente col risultato della mia osservazione. Non di raro mi avvenne, considerando la vena cava in sito e intatta, di giudicarla più ampia di quello che mi risultava poi alla misurazione che ne faceva dopo averla tolta dal cadavere evacuata di sangue.

Non è oziosa questa osservazione quando si pensa, che si deve distinguere la dilatazione della cava permanente dalla dilatazione temporanea; – altrimenti la dilatazione che risulta quale stato anatomico del vaso, che può essere effetto di primitiva organizzazione, od effetto di subita alterazione, o quale fenomeno semplicemente funzionale.

La dilatazione della cava ascendente può essere con e senza fenomeni di infiammazione, con e senza indizi di ipertrofia.

Appena è mestieri che accenni la diversa importanza fisio-patologica che hanno i suaccennati rapporti della cava. Altro invero è il caso nel quale abbiamo la cava normale per l'ampiezza; altro quando è dilatata in modo permanente; altro quando è dilatata per aumentata pressione interna passaggera, o di data recente. Si comprende che in questi differenti casi le condizioni circolatorie durante la vita devono essere state differenti del pari, come avrò occasione di dimostrare più oltre quando farò alcune considerazioni fisio-patologiche sull'ufficio della vena cava inferiore.

---

1) Epist. XXVI, § 27.

Il luogo dove la dilatazione si fa vedere più pronunciata è attraverso il fegato e specialmente appena oltre lo sbocco delle vene epatiche.

Secondo *Krause* il calibro della cava ascendente nella sua parte inferiore è di 23 mm.; all'ingresso nel fegato di 29 mm.; nel foro quadrilatero, di 34 mm.

Or bene io ho trovato delle misure che corrispondono ed altre che sono superiori alle indicate come dal seguente specchietto:

all'estremo inferiore	sotto il fegato	al foro quadrilatero
37 m.m.	50 m.m.	75 m.m.
30	45	68
28	36	50
28	36	52
24	34	50
23	29	40
23	28	37
24	30	40

Considerando queste cifre si vede, come ho detto, che la maggiore dilatazione della cava suole presentarsi nel tratto che attraversa il fegato e specialmente nella sua estremità superiore. La qual cosa nuovamente accenna alla influenza che esercita sulla condizione circolatoria di alcuni organi che dipende da questo anomalo stato della vena cava, come vedremo.

Avendo fatto speciale studio sulla dilatazione della cava, mi sono convinto essere affatto ipotetico quello che generalmente si ammette intorno alla costrizione della vena fra i raggrinzati lobi del fegato cirrotico. Non ho

mai veduto questo fatto. A riflettere poi su quanto avviene per il processo morboso della cirrosi epatica, si scorge che la ipotetica costrizione non può avvenire. Imperocchè è vero che il fegato, per retrazione del connettivo interstiziale, rimpicciolisce, ed il connettivo che nel parenchima s'intreccia in vario senso, deve strozzare tutti i minimi canali percorsi da liquidi che ravvolge nelle sue trame; ma quanto ai vasi maggiori – le epatiche cioè e la cava – le cose avvengono ben diversamente. Le pareti di questi vasi, aderenti al tessuto epatico, devono subire una trazione mano mano che si coarta; e questa trazione esercitandosi sulla periferia della parete vasale, avverrà precisamente quello che avviene dei bronchi allorchè si dilatano per la cirrosi polmonale.

Non mi par vero anzi che si ripeta da tutti con tanta asseveranza ciò che in realtà è contrario alla natura delle cose. In fatti la cava si dilata e perchè si debba restringere per cirrosi epatica, occorre qualche altra circostanza che dirò eccezionale.

Quando è dilatata la vena cava ascendente, sono per lo più dilatate anche le vene epatiche. Ho veduto delle vene epatiche straordinariamente dilatate e beanti anche quando la dilatazione della cava era appena discreta, ed ho pure veduto rapporti contrari.

I soli fatti anatomici, oltre i clinici, ci fanno concepire l'idea dell'importanza fisio-patologica della cava inferiore e l'importanza che può avere ogni conoscenza ne' rapporti della morfologia di questo vaso.

Anche qui mi sta bene recare un fatto volgare, che – sebbene volgare – non venne, credo, sufficientemente ap-

prezzato, quindi non si pensò sufficientemente quale sia l'ufficio della cava. Il fatto, cui alludo, ha colpito lo stesso *Morgagni*, come appare dove dice: *gli alvei opposti e quasi di contro fra loro, della vena cava superiore e della inferiore, fanno in modo che il peso e l'impeto del sangue che si precipita dall'alto di una parte, si combinano alle difficoltà che il sangue medesimo prova nel salire dall'altra*; – ed inoltre: *i sughi ancor crudi e densi, che non si sono ancora del tutto mescolati, sopraccaricano il sangue che lento scorre nella vena cava*; *finalmente gli ostacoli che per la forza della malatia, o di passioni d'animo.... ecc.* [1]).

Egli è certo, che dopo avere prese in considerazione le circostanze anatomiche sopra esposte, — dalle quali s'è indotti a pensare, che la vena cava, come per le varietà di struttura che presenta nei diversi individui, così per le sue eventuali alterazioni di nutrizione (ipertrofia) e per la connessione delle sue fibre muscolari con quelle del cuore esprime la importanza che gode come eccipiente e come motore – è certo, dissi, che il fatto fisiologico rilevato colle parole del Morgagni merita di essere preso in seria considerazione.

In vero quella difficoltà che incontra la massa del sangne contenuto nella cava, può essere maggiore, o minore, a norma che i muscoli delle sue pareti – che si collegano con quelli del cuore – si trovano essere più, o meno, sviluppati originariamente; a norma che, dato p. es. un ostacolo per alterazione strutturale, o funzionale, del cuore, la cava resiste, si ipertrofizza, si dilata ecc.

---

1) Epist. XXVI, § 27.

E dopo questo si comprendono quali possono essere le conseguenze idrauliche che vengono a subire due organi importanti quali sono il fegato ed i reni, il cui sistema venoso direttamente si scarica nella cava ascendente.

Bisogna convenire, che generalmente non si pensa a queste circostanze fisiologiche se non quando esistono marcatissimi i sintomi delle stasi venose per vizio cardiaco; mentre dovremmo avere sempre presente, che non solo la respirazione e la funzione cardiaca influiscono sullo stato della pressione sanguigna nelle cave e particolarmente nella cava ascendente, ma altresì che questa può essere più, o meno, capace di reagire contro le ordinarie e le accidentali difficoltà circolatorie con effetti relativi sugli organi surricordati.

A rendere vieppiù fondato il concetto fisiologico sulla importanza della cava inferiore, gioverebbe eziandio ricordare l'ufficio di questo vaso nell'embrione, quando ancora il cuore non può influire sul movimento sanguigno cordipeto, non che il precoce sviluppo del fegato e dei reni. Ma limitandomi ora a questo semplice accenno, voglio tosto dichiarare, che se sopra due individui sani, della medesima statura, riscontro differenze di sviluppo del torace, del cuore, del fegato, debbo necessariamente ammettere differenze corrispondenti ne' rapporti idraulici della cava.

L'anatomia e la fisiologia comparata — che secondo me dovrebbero assai più freqnentemente essere interrogate dai medici per farsi una più esatta idea della organizzazione — confortano il mio pensiero, mostrando come in alcuni animali la stessa vena cava è capace di ritmiche contrazioni. L'anatomia comparata insegna che è singolarmente sviluppata quella porzione della cava che fu desi-

gnata col nome di *ampolla* (la quale succede immediatamente allo sbocco delle epatiche) e che sembra essere in relazione col rallentarsi dell'afflusso sanguigno nel cuore quando è sospesa la respirazione, come nella foca, nella lontra ecc., e in questi casi le vene sopraepatiche si presentano molto dilatate [1]).

Per la qual cosa io sono convinto che la patologia clinica abbia argomenti quanti occorrono per accingersi allo studio dei fenomeni, i quali possono segnalare le anomalie funzionali della vena cava.

Se con tali pensieri nella mente ci proponiamo di passare in rivista molte infermità, fermando l'attenzione sopra alcuni sintomi, ci apparirà più chiaro il loro significato fisio-patologico.

In certi casi di tendenza alla varicosità negli arti inferiori; in altri designati colla frase pletora addominale; là dove si manifesta la tendenza alle iperemie epatiche, o dove una malatia del fegato si complica per condizioni circolatorie renali anormali; nelle malatie polmonali e cardiache nelle quali spiccano fenomeni di lesa circolazione nella cava, oppure dove, *ceteris paribus*, gli stessi fenomeni ponno essere mitissimi, ci sentiremo inclinati a coinvolgere nella patogenesi di tanti fatti morbosi anche la varia efficienza del vaso venoso in questione.

Passerò ora a considerare i fatti della Clinica.

1. *Anamnesi.* R. A. trentenne meretrice in Padova, a 10 anni rimase orfana della madre, a 15 del padre;

---

[1]) *Meckel* citato da Milne-Edwards. Leçons d'Anatom. et de Physiol. compar. T. III. 2. parte, p. 594.

quella periva di colèra, questi mentecatto. Fu mestruata la prima volta a 16 anni ed i catameni furono sempre regolari, copiosi. A 27 anni venne curata all'ospedale per metrorragia e successivamente per lieve affezione venerea.

È da otto anni che l'ammalata pratica il postribolo. In questo tempo, oltre agli eccessi sessuali, lasciavasi andare a quelli pure del bere: tracannava tre o quattro litri di vino al giorno, poi liquori, tra i quali prediligeva il vermuth, di cui consumava non meno di venti o trenta bicchierini ogni giorno. Ciò avveniva specialmente durante la fredda stagione, perchè la paziente passava le lunghe ore sull'uscio della casa, e cogli alcoolici e con una scaldiglia fra le mani cercava di mitigare il freddo: ma tutto malgrado era sempre intollerante della bassa temperatura.

Nel novembre 1879, avendo prima provato qualche insolito turbamento della salute, perchè l'appetito l'era scemato, le digestioni moleste e faticose, avvertì *qualche gonfiore ai piedi*. Non ne fece gran conto, potendo egualmente continuare le solite fatiche e non avendo veruna molestia. *Ma più tardi il gonfiore dei piedi si estendeva agli arti inferiori.* Continuavale il disturbo dello stomaco, ed essa perdurava nelle solite abitudini; anzi cercava nelle bibite spiritose il conforto che non poteva trovare nell'alimentazione anche la migliore. Se non che il 18 di gennaio del 1880 s'accorse che *anche il suo ventre aveva aumentato di volume*, e sentivasi ogni giorno più gonfia. In breve l'addome si sviluppò enormemente, ed allora - il 18 febbraio - entrò nella Clinica medica.

Richiesta se non avesse mai avuto sofferenze cardiache, se polmonali, se alterazioni nella quantità e nella qualità delle urine, rispose che non provò mai sintomi di petto,

meno dopo il suo ingresso nella clinica, dove per la prima volta accusava molestissima tosse; — quanto alle urine non sapeva dire nulla.

Stato presente. – Donna robusta, ma scaduta notevolmente nella nutrizione; di colorito intensamente bruno, quale non era prima che ammalasse. Lo sviluppo scheletrico regolare. *Edematosi gli arti inferiori e il tronco fino alla 8.ª vertebra dorsale.* Il volto esprime uno stato di sofferenza che pare le sia cresciuto rapidamente. Le pupille normali e reagenti regolarmente alla luce. Al fronte, alle palpebre si nota lieve abbeveramento succutaneo. La lingua è sporca, rosseggiante ai bordi e all'apice. Il collo, regolare per la forma, nulla presenta di anormale nei vasi, nulla sulle fosse clavicolari. – Il *torace* è ampio, di bella forma. Sull'area polmonale anteriormente nulla di abnorme alla percussione, se si eccettua una lieve iperfonesi delle porzioni anteriori e superiori del torace. Mediante l'ascoltazione si trovano abbondanti rantoli bollari umidi e rantoli sonori minuti. Posteriormente qualche diminuzione della sonorità nelle parti inferiori del torace, e quivi meno abbondante il respiro e più copiosi i rantoli.

Il *cuore* nella sua sede normale, misura sulla base cent. 9,5, sul ventricolo sinistro 9, sul destro 11,5. È maggiore del normale l'area del cuore per sviluppo del ventricolo destro. I toni sono normali, ma un poco affievoliti.

Non è possibile limitare il *fegato*, meno all'in alto, dove la sua ottusità assoluta varca di poco i confini normali.

L'*addome* è svilupatissimo e globoso. All'altezza dell'ombelico misura m. 1,14 di circonferenza. *La cute dell'addome è discretamente edematosa;* si notò che l'edema è mi-

nore sulla linea mediana, e mano mano maggiore che lo si considera ai lati e inferiormente. La resistenza dell'addome non é molta, e scuotendo, come si usa per la ricerca del fiotto ascitico, le sue pareti, si riceve in ogni punto un senso indistinto di fluttuazione. Colla percussione si ottiene una risuonanza timpanica in ogni punto; appena nelle parti inferiori-laterali dell' addome si percepisce un suono quasi ottuso. - Si argomenta da ciò essere spiccatissimo il meteorismo, pochissima la raccolta ascitica.

Le *urine* nella quantità giornaliera di 600 c. c., del pes. sp. di 1,030; di reazione acida; di colore oscuro; con sedimento di urati, ricche d'urofeina, di albumina, con scarsi epiteli renali, e pochi cilindri epiteliali granulosi, senza traccie di sangue.

Le *feccie* molli, di quantità discreta, colorate come le normali, molto fetenti.

Nei giorni 19, 20, 21, 22 febbraio, la paziente presentò febbre che oscillò fra i 36°,5 C. ed i 40°, con andamento irregolare. — Venne prescritta una cura leggiermente purgativa mediante sali medi. Con questo si modificò l'aspetto sofferente dell'ammalata, la quale diceva sentirsi alquanto più sollevata per la diminuzione del meteorismo: — il ventre erasi fatto in vero un po' più cedevole.

Elementi del diagnostico. — Tra le cause era certissima quella che si riconosce generalmente nell'abuso delle bevande spiritose; e del pari notevole era la continua esposizione del corpo all' azione del freddo, essendo la paziente, oltre che intollerante della bassa temperatura, costretta a rimanere sulla strada lunghe ore, e di giorno e di notte, quasi affatto inerte.

Tra i sintomi: 1.ª la dispepsia dei primi tempi; 2.° il successivo dimagramento; 3.° gli edemi esterni; 4° il meteorismo e la poca ascite; 5° la tinta speciale della paziente; 6.° l'albuminuria. - Questi in fine erano i sintomi più importanti, sui quali si può discutere un diagnostico. La poca tosse, il lieve catarro bronchiale, l'espressione di dolore, la febbre atipica osservata pel lasso di quattro giorni, valgono piuttosto a circostanziare, anzichè a determinare la diagnosi fondamentale. La quale fu: *Cirrosi epatica, con flebite della cava ascendente.*

Deponevano per la cirrosi epatica la conoscenza della causa, la dispepsia, il meteorismo, l'ascite, la tinta speciale della cute, il colorito carico delle urine. — Il dolore sulla regione epatica, la febbre ed il precoce deperimento della generale nutrizione attestavano come l'affezione avesse avuto origine acuta, o quanto meno in questi ultimi giorni si fosse acutizzata. — Il comparire degli edemi ai piedi colle prime manifestazioni della dispepsia, il loro estendersi fino a tutta la metà inferiore del tronco ed il loro associarsi all'albuminuria, quando la pressione intraddominale non aveva per anco raggiunto un grado sì alto da necessitare la ipotesi della compressione sulle vie venose reflue dalle estremità e sulle vene maggiori dell'addome, mi trassero ad ammettere che la iperemia infiammatoria avesse oltrepassato i limiti della glandola epatica ed invaso i tessuti che sono al fegato prossimamente congiunti. — Tra questi, come sappiamo, va ricordata la cava ascendente, che, può dirsi, passa attraverso l'organo.

Come poteva invero interpretarsi, non già la semplice succulenza, ma il manifestissimo idrope sottocutaneo suddescritto, standoci a considerare le sole efficienze della

pressione intraddonimale dall'ascite e dal meteorismo operata? — Si ammetta pure che una certa pressione maggiore alla normale vi esistesse; ma questa doveva farsi sentire sulle vene iliache, mentre noi avevamo indizi di alterazione idraulica in una parte molto più elevata. — Si dice da qualcuno che il turgore dei lobi epatici, fra cui passa la cava ascendente per addentrarsi nell'ilo dell'organo, sia la causa che comprime il vaso venoso e ne ritarda la colonna sanguigna, producendo le stasi nelle vene contribuenti (*Murchison*); ma noi avevamo i segni di stasi in un distretto venoso molto più esteso, perchè l'edema si protendeva sino all'altezza della 8-9 vertebra dorsale.

Si ammette dalla maggior parte che quando il fegato aumenta di volume e di peso, tende a spostarsi secondo le leggi della gravità, e che in questo caso può generare ostacoli al corso del sangue anche nella porzione sopraepatica della cava. Ma questo può ragionevolmente pensarsi, non può sempre ammettersi. Nel caso nostro non si poteva ammettere, in quanto che il fegato, che pure doveva essere ingrandito, non potevasi sentire col palpeggiamento sulla regione epatica, e lo si sarebbe senza dubbio sentito quando, oltre che più voluminoso del normale, fosse stato eziandio spostato. Lo abbassamento del fegato ne rende sempre più facile l'esame del lembo inferiore; e dello abbassamento s'ha poi un indizio sicuro nella discesa della linea superiore di ottusità epatica. Or bene nel caso attuale la linea superiore di ottusità epatica *era salita, sebbene di poco*, cioè oltre i confini normali.

Però per spiegare come fosse imbarazzato il corso del sangue entro la cava, rimaneva la ipotesi, che parte

l'ingrossamento dell'organo, parte il lieve suo innalzamento dessero l'effetto di compressione sulla cava. — Certamente che anche questa ipotesi può essere accampata, ma non può essere accettata quando si rifletta che il fegato si vede tante volte aumentato di volume e sospinto in alto, senza che si producano per ciò edemi esterni, che quindi la presenza di questi induce necessariamente a sospettare un'altra e più efficace origine. Quindi è naturale la domanda: — Perchè, essendo l'ingrossamento e l'inalzamento del fegato causa di gravi ostacoli nel dominio della cava ascendente, non erano, o almeno non apparivano ancora altrettanto gravi nel dominio della vena porta?

Era poca l'ascite, non avevamo copiose diarree, non emorragie intestinali, non vescicali, non flussi emorroidali, nè turgori di emorroidi: ma avevamo ricca albuminuria, copiosi edemi esterni, tanto che gli allievi corrivamente pensavano trattarsi di una malatia di *Bright*.

Questi fatti clinici, bene accertati, indicano da sè che l'ostacolo circolatorio nel dominio della cava ascendente era maggiore di quello che esisteva nella porta; e poichè tutte le ipotesi, colle quali dai più si tenta spiegare la patogenesi degli edemi esterni nella cirrosi epatica, nel caso nostro non erano attendibili, bisognava ricorrere a qualche altra ipotesi. — Per me la più ragionevole era quella che ho dichiarata siccome complemento della diagnosi, o meglio siccome complicanza della cirrosi.

Riassunto del diario. — Febbraio 22. La paziente venne trattata nei giorni precedenti con gr. 100 d'infuso di rabarbaro acquoso diluito con altri gr. 200 di acqua

semplice e con gr. 10 di solfato di soda e di solfato di magnesia. Evacuò feccie abbondanti, molli ed anche liquide. La temperatura discese a 37,5 C., il polso a 89. Le urine aumentarono fino a 700 c. c., mantenendo per altro i notati caratteri. La tumefazione del ventre era sensibilmente diminuita; la resistenza era anche minore, e potevasi sentire il fegato piuttosto ingrandito e duro facendo delle pressioni a scosse sotto l'arcata costale. Quivi il palpeggiamento metodico non suscitava più forte molestia, e la paziente dicevasi notevolmente migliorata. Persistevano gli edemi esterni immutati: per questo era obbligato il decubito supino.

Fin dal primo giorno che si esaminò la paziente, si tenne l'occhio sul cuore in modo particolare, premendo di constatare se per le condizioni morbose del fegato si verificasse qualche anomalia di funzione specialmente nel cuore destro; ma giova ripetere che non venne rilevata alcuna anomalia stetoscopica nè prima nè poi.

Si prescrisse la cura dei giorni precedenti, che era bene tollerata e continuava a giovarle.

Febbraio 27. Nei giorni precedenti non si verificarono grandi mutamenti nella sintomatologia. Già la febbre era definitivamente scomparsa. L'aspetto dell'ammalata migliore. Dava qualche scossa di tosse, e all'esame dei polmoni notavasi qualche congestione passiva posteriormente ed in basso, con fenomeni catarrali che poi diminuirono. *Al cuore mai nulla di nuovo.* — Il ventre presentò delle oscillazioni quanto a gonfiezza, a resistenza ed a molestie epigastriche, da cui era, or più or meno, reso intollerabile anche il sottile alimento che si apprestava: brodi o latte. – Per altro la paziente migliorava nell'insie-

me e sopra tutto per la diminuzione del meteorismo si potè con tutta facilità esaminare il fegato, che oltrepassava per oltre 6 c. il bordo costale sulla linea parasternale, e per altri 6 c. abbondanti s'innoltrava dalla linea mediana a sinistra. Il fegato si sentiva resistente, e si poteva nettamente percepire una sensazione che faceva emettere il giudizio che la superficie dell'organo fosse, non liscia, ma sparsa di granulazioni. — Le urine a poco a poco erano cresciute a 1020 c. c., l'albumina era notevolmente diminuita, e con essa anche i cilindri renali. — Le feccie come al solito. — Avendo la paziente accusato qualche molestia nel defecare e un po' di tenesmo, si rallentò nella somministrazione della bevanda purgativa; ci limitammo a qualche polverina di *Frank*, e si prescrisse l'applicazione di un largo vescicante sulla regione epatica.

Marzo 6. L'ammalata si mantenne sempre apiretica. Si lodò anche di un certo benessere per la diminuzione progressiva dell'ascite, del meteorismo e delle dolorose sensazioni che accusava in prima al ventre. All'esame dell'apparato respiratorio notavasi più libero il respiro; a quello del cuore si constatava la diminuzione dell'area cardiaca per circa un centimetro sul lato del cuor destro. Al ventre riusciva sempre più facile l'esame del fegato, che sentivasi assai sporgente, duro come sopra fu detto. La milza un po' ingrossata. Le urine sempre più abbondanti, quindi meno e finalmente punto albuminose. Le scariche del ventre sufficienti, senza caratteri particolari. Gli edemi esterni andavano pure scemando. Tutto malgrado non si risvegliava l'appetito, nè la capacità digerente. Si mani-

festavano alcune sofferenze emorroidali e tenesmo rettale.– Si prescrisse una semplice bevanda alcoolica e due vescicanti, uno per ogni regione ipocondriaca.

Marzo 7. La paziente è tormentata dal tenesmo rettale, mentre negli altri sintomi dura la remissione indicata.

Marzo 8. Si nota un meteorismo straordinario, che la paziente attribuisce alla sospensione delle polveri di *Frank*, ed inoltre addolorabilità delle regioni periombelicali. All'esame del petto si riscontrano segni di aumentata stasi circolatoria nel polmone destro e specialmente nelle parti basse. Non sono aumentati gli edemi esterni; invece l'urina è di un centinaio di grammi più scarsa, e contiene ricca quantità di albumina.

Marzo 9. Aumenta il meteorismo, e con questo aumentano le stasi polmonali, l'addolorabilità della regione epatica e l'albumina nell'urina, che inoltre presenta un sedimento organico costituito da cellule epiteliane renali e da cilindri epiteliali retti. – Si prescrivono nuovamente le polveri di *Frank*, avvertendo che sieno sostituite dall'acqua di Carlsbad tosto che abbiano prodotto alcune scariche diarroiche.

Marzo 13. Dal primo manifestarsi delle scariche diarroiche, le quali non diedero alcun reperto notevole all'esame microscopico, scemò il meteorismo. A ciò forse contribuì pure l'applicazione di ghiaccio sul ventre. Collo scemare del meteorismo si vide diminuire del pari la quantità dell'albume e degli altri elementi renali. Nell'urina comparvero traccie di pigmenti biliari. La paziente è apiretica, abbattuta, non accusa verun dolore, ed ha tuttavia immutate le condizioni circolatorie polmonali.

Venne nuovamente esplorato il cuore, il quale non

ha offerto nulla di più che un lieve aumento nel diametro del ventricolo destro. – All' ascoltazione non fu mai percepito il più piccolo mutamento nei toni. Il polso è a 96.

Dal 14 al 31 marzo si osservò una continua altalena in alcuni fenomeni, ed una stazionarietà in altri. Rimase eguale l' addolorabilità della regione epatica, l' anoressia, l'intolleranza assoluta dei cibi, sotto qualunque forma. Fu sempre pesante, difficile il respiro, quindi persistente la stasi polmonale e l'aumento del cuor destro. – Oscillarono il grado del meteorismo, la quantità delle urine generalmente scarse, l' albuminuria. Anzi è notevole il fatto, che già apparisce per quanto s' è registrato più sopra, cioè il rapporto fra il più e il meno di meteorismo e la quantità di albume nell' urina: quello aumenta e questa pure aumenta; quando quello diminuisce, questa del pari diminuisce. – Anche la linea di ottusità dell' ascite ora si abbassava, ora innalzavasi, a norma che il meteorismo era maggiore o minore.

Era dunque peggiorato lo stato della paziente, ma non si riaccese la febbre, non aumentarono gli edemi esterni; anzi bisogna rilevare, che *sebbene la pressione intraddominale avesse raggiunto un grado molto più elevato di quello che potevasi ammettere in principio della malatia, pure gli arti si mantenevano allo stato di leggera infiltrazione.* In principio gli edemi rappresentavano una vera complicazione; ora erano trascurabili.

Tutto questo, non v'ha dubbio, si accorda pienamente con quanto ho detto più sopra intorno alla influenza della vena cava ascendente. Stando adunque alla significazione

degli edemi esterni, io doveva ammettere, che quantunque nel fegato si fossero vieppiù accentuate le alterazioni circolatorie per il progresso della cirrosi, come attestano il meteorismo, l'ascite in aumento, la insistente anoressia, dovevano essere scemate quelle condizioni che rendevano la cava ascendente meno atta all'ufficio suo fisiologico.

E veramente non si poteva supporre che altrimenti corresse la bisogna, in quanto che non solo erano aumentate le pressioni intraddominali, da cui si suole far dipendere le edemazie esterne, ma erano pure molto più gravi gli ostacoli circolatorii per l'ingombro polmonare e la permanente dilatazione del cuore destro, non che per lo stato di maggiore abbattimento generale; e tutto malgrado non si riprodussero più i vistosi edemi esterni che notammo in principio della malatia.

Di più se consideriamo che anche l'anemia doveva, dopo tante sofferenze, avere toccato un grado più rilevante che prima non fosse, apparirà sempre più chiara e logica la necessità di ammettere, che dunque alla produzione di quegli edemi esterni doveva contribuire l'elemento anatomico da me espressamente accennato nella diagnosi.

Quando l'ammalata veniva accolta nella Clinica, presentava fenomeni che diremo di malatia acuta: esprimevano meno la cirrosi e più lo stadio di grave congestione epatica. — In seguito si ammansarono i sintomi tutti, e vennero meno anche gli edemi esterni. Poscia si accentuarono maggiormente i fenomeni della cirrosi, ma non gli edemi esterni. — Ebbene io ho creduto spiegare il fatto clinico ammettendo, che in questa seconda

fase della malatia, essendo venuta meno la grave iperemia che, oltre il fegato, aveva occupato anche la cava (come del resto assai volte si osserva al tavolo anatomico che può estendersi anche a tutto il connettivo circumambiente), era venuto scemando quel processo che imbarazzava la funzione del vaso atteso lo stato patologico delle sue pareti. Quindi dovevasi isolare la sintomatologia più strettamente dovuta all' affezione epatica, dovevano scemare coi sintomi dell' acuta invasione morbosa anche i fatti accessori, cioè gli edemi.

E ciò avvenne, come si rileva dalla storia clinica; e di più si verificò un' altra circostanza a maggiore confronto della mia tesi. L' 8 marzo, dopo un certo miglioramento, durato alcuni giorni, si vede ricomparire il meteorismo, il quale cresce e cresce tanto da rendere vie più sentita la pressione intraddominale. Le urine nel contempo diminuiscono di quantità e diventano albuminose. Successivamente si osserva, che in ragione che si fa maggiore o minore la pressione interna nell'addome, le urine fluiscono od abbondanti o scarse, con minore o maggiore quantità di albumina.

Questi fatti relativi al meteorismo ed all' urina significano precisamente quello che più sopra io arguiva, cioè che la pressione intraddominale erasi fatta in questi giorni assai più alta che prima. Già lo si poteva ammettere stando alla sola ispezione dell' addome, ma lo prova la vicenda surricordata della secrezione urinaria.

Invero i clinici in generale conoscono bene quanto influisca la pressione esercitata dalla ascite, per es., sulla quantità della secrezione urinaria; ed avvertono, che dopo la puntura sogliono riuscire più attivi i diuretici, ed anche

può, senz'altro, più rapida e copiosa divenire la secrezione renale. E lo *Schatz* racconta di un caso nel quale, evacuata l'ascite, l'urina erasi fatta copiosa; nei 3 o 4 giorni dopo, quando il ventre si distendeva per raccolta di gaz, l'urina nuovamente diminuiva [1]). Nel caso nostro non solamente diminuiva, ma si arricchiva di albumina, ciò che sempre più esprime il grado dell'alta pressione intraddominale.

Per la qual cosa credo sia confermato non solo il mio concetto diagnostico emesso in principio, ma anche la probabilità della modificazione avvenuta nella condizione morbosa.

Aprile 3. Si nota stazionarietà in tutti i sintomi; pare accresciuta l'ascite, ma è piuttosto scemato il meteorismo; tuttavia la raccolta nell'addome è piuttosto in aumento rispetto ai giorni precedenti. — Si sottopose la paziente alla dieta lattea. Siccome la paziente trepidava all'idea che aumentasse il meteorismo, così, avendo provato indarno altri mezzi per impedirlo, si prescrisse la vescica di ghiaccio sul ventre.

Aprile 20. In tutti i giorni precedenti non si registrarono che poche varianti nei sintomi ordinari della cirrosi epatica. Col crescere dell'ascite erano naturalmente sempre più imbarazzati il respiro ed il circolo; *ma ciò nulla meno non si riprodussero mai gli edemi esterni quali avemmo in principio della malattia.* — La paziente deperiva ognora, quantunque, insieme alla dieta lattea,

---

[1]) Ved. Wendt. Ub. d. Einfluss. d. introabdominal. Druckes auf. d. Absonderungsgeschwindigkeit d. Harnes. Arch. d'Heilkunde, B. 17.

si facesse ogni tentativo per nutrirla. Al quale scopo preparammo clisteri nutrienti con brodo ed estratto di pancreas e vino eletto. Devo dire che a qualche cosa giovarono anche questi, perchè un giorno si produsse un vomito ribelle ed estenuante, il quale ripetevasi ogni volta che la paziente trangugiava qualche cibo o bevanda. Impossibilitata a nutrirsi per le vie digerenti superiori, per circa dieci giorni l'alimentammo pel retto coi clisteri summentovati; così potè scemare l'intolleranza gastrica, riaversi alquanto dallo stato di quasi letale esaurimento e riprendere la dieta lattea, avvalorata con qualche altra sostanza secondo che la paziente desiderava. Tuttavia l'ascite era venuta aumentando; le urine sempre più scarse, assai colorate, ricche di urati e albuminose. Rinnovavasi il vomito, e per togliere di mezzo almeno la influenza meccanica esercitata dalla raccolta addominale si praticò la paracentesi.

Si estrassero 6 litri di liquido colore citrino, trasparente, con qualche fiocco di sostanza coagulata, però assai tenue, ricco d'albumina. Dopo la paracentesi si constatò ancora una grande quantità di meteorismo. Il vantaggio dell'operazione fu quasi immediato. La paziente si sentì sollevata dalla difficoltà del respiro, si rianimò la circolazione e venne meno la intolleranza gastrica, per cui potè essere alimentata con un pasto relativamente abbondante, costituito da una discreta quantità di pollo arrosto, uova e pane.

Fu interessante l'esame del fegato. Potevasi ancora esplorare quest'organo, ma si riconobbe facilmente come fosse ridotto di volume, perchè molto meno sporgente. Alla diligente palpazione si percepiva il senso di minute

nodosità sulla superficie epatica, mentre che i bordi sì del destro che del sinistro lobo erano evidentemente ingrossati e duri.

Giugno 1. Lo stato della paziente peggiorò di bel nuovo. Assai presto si riprodusse il liquido ascitico, e con questo vennero in campo le difficoltà che parvero dissipate. Sopra tutto aggravava le condizioni dell'inferma il vomito, per cui era impossibilitata l'alimentazione. Si tornò allo spediente dei clisteri nutritivi, ma questa volta senza vantaggio. Il deperimento generale cresceva a vista d'occhio.

Giugno 18. Sebbene si operasse la seconda paracentesi, non si ottennero i vantaggi che tennero dietro alla prima. Lo stato del cuore era sempre più compromesso per la depressione della sua attività e lo sfiancamento della metà destra. Il polmone rimaneva ingombro. Il fegato si sentiva con tutti i caratteri che sopra indicammo. Si ripeteva sovente il vomito di sostanze mucose miste a bile, e si ebbero altresì scariche ventrali molli e ricche di bile. Il ventre tumidissimo, sempre colle vene succutanee visibili e tumide. Le urine come sopra. Apiressia sempre; emaciazione; edematose le estremità inferiori. Languore estremo delle forze generali. – Il 24 giugno spirò.

Necroscopia. [1]). — Corpo emaciato, di colorito bianco terreo; macchie cadaveriche azzurognole al dorso; rigidità cadaverica scomparsa. Ventre enormemente voluminoso fluttuante; edematose le estremità inferiori e le grandi labbra.

---

[1]) Dal protocollo delle sezioni dell'Istituto anatomo-patologico.

Al capo. Nulla di notevole.

Nel torace. Le *cavità pleuriche* contengono discreta quantità di essudato siero-fibrinoso tenue. Le pleure viscerali qua e là con sottili pseudo - membrane fibrinose. *Polmoni* soffici, contenenti aria. - Nel *pericardio* 60 grammi circa di liquido sieroso. — *Cuore* flaccido, anemico, nelle varie cavità contenente grumi cruoro-fibrinosi; pareti ventricolari gialliccie e di spessore minore del normale.

Nell' addome. Straordinaria quantità di siero limpido, con numerosi fiocchi di fibrina. Tutta la superficie esterna del fegato coperta da false membrane fibrinose che facilmente staccavansi dalla glissoniana. La superficie convessa dell' organo fortemente aderente al corrispondente peritoneo diaframmatico per numerose briglie di essudati di antica data. Fegato aumentato di volume, degenerato massime nel lobo sinistro per numerosi infossamenti che ne rendevano irregolare la superficie. Il margine anteriore ingrossato ed arrotondato, di consistenza fibrosa, anemico, giallo. Nella cistifellea poca bile giallastra, tenue. *Vena cava e vena porta avvolte da tessuto fibrillare di nuova formazione.*- *Stomaco* con discreta quantità di muco, mucosa leggermente tumefatta e sparsa di chiazze emorragiche; nel gran cul di sacco leggermente colorato in rosso lavagna cupo. — *Milza* di volume quasi doppio del normale, colla capsula coperta da una fitta membrana di fibrina, che, come sul fegato, forma uno strato liscio, uniforme, aderente sì da sembrare facesse corpo colla capsula stessa. Parenchima di colore feccia di vino, di consistenza leggiermente aumentata. - *Reni* ingrossati, a superficie liscia, ricoperta da chiazze bianco-giallognole; la sostanza corticale aumentata di spessore, ben visibili i

glomeruli di *Malpighi*; consistenza leggermente diminuita; dagli apici delle papille sgorga un liquido torbido, lattiginoso.

Diagnosi necroscopica. — Epatite interstiziale diffusa cronica, con nefrite parenchimatosa pure cronica.

Se questo reperto potè soddisfare le esigenze della scuola, alla quale spetta per legge il diritto delle necroscopie cliniche, era ben lontano dal corrispondere alle mie. Lasciando a parte quanto poteva e doveva essere più minuto e particolareggiato l'esame del fegato, e tenendo sufficiente il giudizio finale di epatite interstiziale, a me premeva sopratutto estendere un po' più l'esame sullo stato della vena cava ascendente; per ciò volli che venisse tolto dal cadavere questo vaso ed a me consegnato per altre ricerche, che ognuno vede quanto importanti nel caso attuale.

Nel reperto sopraesposto è detto che la vena cava e la vena porta erano avvolte da tessuto fibrillare di nuova formazione; ma bisogna aggiungere, che la vena cava aveva un aspetto biancheggiante quasi tendineo, quale non mai s'incontra nello stato normale; che il tessuto che l'avvolgeva, era piuttosto aderente alla sua parete, da cui si staccava con qualche stento, e che anche spogliata da questo avventizio rivestimento, appariva la superficie esterna del vaso per altri riguardi anormale, come ora passo a dire.

La Fig.ª 1.ª ritrae fedelmente le condizioni della vena cava. La Figura rappresenta un tratto della vena che misura 21 cent. dal suo ingresso nel fegato. Si vedono lateralmente

in alto le due vene renali recise dopo breve tragitto dalla cava. È singolare il contrasto che nasce dalla differente colorazione della metà inferiore in confronto colla metà superiore. La prima ha quasi aspetto tendineo, è ineguale per fasci di tessuto connettivo assai aderenti alla parete e che decorrono parallelamente all'asse del vaso. La metà superiore per lo contrario è rosseggiante, iperemica. Su tutto il decorso del vaso appena estratto dal cadavere vedevansi numerosi vasellini; e alcuni anche dopo che il pezzo era stato nel liquido conservatore (parti eguali di alcool, glicerina ed acqua) potevano facilmente discernersi, come la Figura stessa dimostra specialmente lunghesso i fasci fibrosi della inferiore estremità, ed in alto al di sopra della origine delle vene renali.

Solo a prendere fra le mani la cava si avvertiva un certo aumento di spessore nelle sue pareti e nello stesso tempo una differenza di consistenza fra la metà inferiore e la superiore, — questa era alquanto più molle di quella. Per altro non era una differenza di grado rilevante. Mi procurai una vena cava di altro individuo morto per altra infermità, onde avere un termine di confronto per ulteriori esami. Infatti ho potuto constatare, che al solo esame esterno superficiale la differenza fra le due cave spiccava grandemente. Quella sana aveva una superficie liscia, un coloramento uniforme bianco grigiastro, senza traccie di vasi sul suo decorso; le pareti si vedevano più sottili, e guardate per trasparenza, potevasi ancora più sicuramente confermare il fatto dell'ispessimento dell'altra, della quale lo spessore era il doppio di quello della vena normale.

Confrontando la vena cava sana coll'alterata potei

pure convincermi che questa era assai più larga della seconda. Per tutto questo alla diagnosi di *epatite interstiziale* deve aggiungersi: *con angioite della cava ascendente.*

Quanto poi al caso ora esposto, riassumendo i fatti più importanti relativi alla mia tesi, posso concludere:

1. *Che gli edemi esterni, con cui presentavasi in principio del suo decorso questa epatite interstiziale, esprimevano veramente uno stato abnorme della vena cava ascendente, come venne ammesso nel diagnostico.*

2. *Che lo stato abnorme della vena cava consisteva in un processo avente i caratteri macroscopici patognomonici della infiammazione; che questa ha iniziato con viva iperemia ed esitato con iperplasia della tunica esterna, con ingrossamento delle pareti del vaso e dilatazione del medesimo.*

3. *Che molto probabilmente i profusi edemi esterni della prima fase della malatia stavano in rapporto colla maggiore cedevolezza delle pareti vasali nel tempo ch' era più grave il processo morboso ond' erano colpite; mentre con altrettanta probabilità può ammettersi, che la quasi scomparsa degli edemi durante la fase del notevole miglioramento coincideva col tempo in cui le pareti della cava, superato il periodo più acuto dell' infiammazione, riacquistarono maggiore sodezza e capacità funzionale.*

Resta a spiegare il perchè in ultimo gli edemi sieno nuovamente aumentati, tenendosi per altro modo lontani dal grado che avevano raggiunto in principio; ma intorno a ciò, per non fare inutili ragionamenti, lascierò che informino i fatti che in seguito esporrò.

2.ª *Anamnesi.* – Sebastiano Schiavin, d'anni 51 di

Padova. Nacque da genitori sani e crebbe sempre sano fino ai 12 anni, quando, essendo stalliere, riportò una frattura all'avambraccio destro. A 33 anni, scherzando con un suo compagno, rimase ferito in una coscia, e a 35 superò felicemente il vajuolo.

Nell'inverno del 1876, a 46 anni, fu colto improvvisamente da una lipotimia che non sa dire da quali cause prodotta. Nel medesimo inverno principiò ad avvertire qualche indizio emorroidario, e per altre due o tre volte venne colto da lipotimie molto più leggere della prima.

A 49 anni provò lieve cardiopalmo durante la state ed insieme un poco di dispnea e tosse. La sua pelle cominciò a colorirsi leggermente in terreo, e poco dopo notava una certa tumescenza della cute della faccia e vero edema agli arti inferiori. A quest'epoca aveva ogni giorno febbre intermittente a freddo. Alla meglio tirò avanti sino a Dicembre, quando pel sopraggiungere di perdite emorroidali piuttosto vistose, pensò di riparare nella Clinica.

Allora feci diagnosi di infezione palustre, aggravata dalla condizione emorroïdale. Prescrissi la cura indicata dai fatti morbosi fondamentali, e il paziente, migliorato nella Clinica, guarì perfettamente fuori, continuando però la cura statagli consigliata.

Nel Maggio del 1881 con sua grande maraviglia ammalò rapidamente da un giorno all'altro; mancò l'appetito e vide che *i piedi prima e gli arti inferiori poscia ingrossavano per edema*. In Agosto si accorse che *anche la cute del ventre, delle natiche e dei lombi*, come quella delle estremità inferiori, si veniva man mano infiltrando.

In seguito anche l'addome intumidiva. Fu accolto nella Clinica il 27 Novembre 1881.

Questa volta con maggiore franchezza confessò essere egli stato assai devoto a Bacco, poco a Venere.

Stato presente. – Decubito supino, col capo e le spalle alquanto elevate sul piano orizzontale. Colorito della cute giallo-terreo; pannicolo adiposo quasi affatto scomparso; musculature rimpicciolite e floscie. – Al lato sinistro della fronte si vede una piccola cicatrice aderente all' osso. – Le mucose visibili, ma pallide. – Le pupille reagiscono alla luce, ma non così prontamente come avviene in tutti. – Lo sguardo è languido. – La lingua umida, ma sporca, impaniata. – I denti sodi, sanissimi.

Collo corto, magro; visibile il polso delle carotidi; poco visibile le giugulari esterne; non tumori ghiandolari, nè anormale sviluppo della tiroide.

Torace ampio, di forma regolarissima; le fosse sopra e sotto-clavicolari poco pronunciate; il tipo respiratorio è prevalentemente costale, visibile però più a destra che a sinistra. — Al 2° spazio intercostale sinistro, presso allo sterno e sopra questo si vede distintamente un'arteria pulsante, che si disperde sulla linea mediana. Si vedono qua e là alcune vene sottocutanee e la glandola mammaria sinistra più sviluppata della destra: al tatto è dura, ma si riconosce di forma normale, senza durezze circoscritte e rialzi anormali. Il paziente informa che ha sempre avuto questa glandola mammaria così fatta. – La risonanza del torace anteriormente a sinistra è normale; a destra al 4° spazio intercostale diminuisce e passa alla ottusità sulla 5ª costa. Il respiro si sente eguale, ma un po' aspro, accompagnato da qualche rantolo sonoro. Po-

steriormente in alto, sin quasi a metà altezza del torace, si ha una risonanza normale; ma inferiormente va diminuendo, e s'incontra in basso marcata ipofonesi, massime a destra. Il respiro aspro dove il torace risuona normalmente, scarso e con molti rantoli bollari umidi in basso. - Non si vede dove batte l'apice del *cuore*, ma colla percussione e coll'ascoltazione si trova che pulsa nel 4° spazio intercostale. Il triangolo inscritto sull'area cardiaca presenta le seguenti misure: base centim. 9,5; ventricolo sinistro 9,5; ventricolo destro 11,7. Confrontate queste misure con quelle che ottenemmo nel 1879, si constatò un aumento nell'area di ottusità cardiaca, da ascriversi sopra tutto al ventricolo destro, che allora misurava soli 10 centim. — Il primo tono è oscuro e prolungato, tanto sul ventricolo sinistro quanto sul destro. Il secondo tono sulla polmonale accentuato.

L'addome tumido; *edema delle pareti che si estende a tutta la cute delle regioni laterali e posteriori fino alla 8ª vertebra dorsale, dove gradatamente scompare; e si estende poi copioso allo scroto, non che agli arti inferiori.* Oltre l'edema delle pareti addominali si nota sviluppo considerevole della cavità. All'altezza dell'ombelico la circonferenza addominale è di metri 1 e centim. 1. - Il *fegato* non può essere esattamente limitato, perchè l'edema delle pareti, il meteorismo contrastano il risultato dell'esame. Tuttavia prendendo l'ottusità che incomincia in alto alla 5ª costa e accompagnandola fino oltre al bordo costale, si misurano 9 centim. - Per quanto si insistesse nell'esame, non fu possibile avere indizi per giudicare della superficie dell'organo, nè della sua consistenza. - La *milza,* che nel 1879 era di volume maggiore

del normale, attualmente è del tutto sottratta all'esame. – Colla percussione sul ventre si giunge a limitare una ottusità che occupa le regioni inferiori e laterali del ventre. e descrive superiormente una linea a concavità in alto e che passa per l'ombelico. Sull'area di ottusità si dà luogo alla caratteristica fluttuazione e si riconosce la raccolta ascitica.

Il paziente è stitico, emette poche feci, dure, colorate, spalmate da un velamento di muco ed anche intrise di sangue, e sul fondo del vaso si vede anche qualche grumettino di sangue.

Le urine sono scarse, 200 c. c., del p. s. 1020, acide, intensamente colorate, con ricco deposito di urati, con bilifulvina abbondantissima, poca albumina. All'esame microscopico pochi elementi renali, qualche frantumo di cilindro renale retto, granuloso.

Elementi del diagnostico. – Le cause che il paziente ha incontrate, senza dubbio sono due: la malaria e l'abuso del vino. Quale delle cause abbia principalmente influito a produrre la malatia attuale, non è facile decidere; tuttavia credo si possa incolpare più di tutto la prava tendenza all'abuso del vino.

La storia morbosa del paziente può dividersi in tre epoche: la prima a 46 anni quando fu colto dalle lipotimie e da disturbi emorroidali; la seconda a 49 anni, quando presentò l'infezione malarica aggravata dalle perdite emorroidali; la terza, finalmente, quando cogli edemi si determinò l'ultima sua malatia.

La prima fase, notevole sopratutto per la comparsa delle prime manifestazioni emorroidali, giustifica il sospetto

che fin d'allora il paziente provasse le conseguenze della sua abitudine nell'abuso degli alcoolici. Ricordo benissimo che allorchè degeva nella Clinica la prima volta, e mi premeva interpretare i fatti morbosi narrati, fui dall'esperienza condotto a supporre che il paziente fosse bevitore, sebbene richiesto in proposito stesse sul niego. Dopo la sua esplicita confessione, non resta più dubbio; le lipotimie e le emorroidi sono per me due fenomeni, che hanno fatto maggiore impressione al paziente, e per ciò solo vennero narrati, ma fenomeni che ordinariamente si vedono accompagnati da altri, che sono i disturbi funzionali dello stomaco, le iperemie epatiche, gli esaurimenti nervosi consecutivi alle esaltazioni alcooliche; tutti fenonemi a cui molti vanno soggetti e che ritengono di nessun conto, perchè spesso si producono e prestissimo scompariscono, permettendo al paziente di tornare alle desiderate libazioni. Alla maggior parte dei bevitori accade così: solo quando si presenta qualche fenomeno nuovo, o si aggrava fortemente qualcuno de' soliti, ricorrono all'opera del medico, e, come si intende, non d'altro mostrandosi preoccupati che dell'ultima insorgenza, dalla quale, secondo essi, comincia la malatia.

Giusta questi pensieri la influenza dell'abuso del vino aveva già cominciato a produrre i suoi primi effetti, quando il paziente cadde ammalato per l'infezione malarica. E sono per credere, che, atteso i precedenti, la seconda fase morbosa abbia assunto forma di gravezza, che generalmente non osservasi tra noi, dove non sono nè frequentissimi, nè intensi tali processi morbosi. E sono pure d'avviso, che non solamente le perdite emorroidali aggravavano l'infezione malarica, ma che le anormali condizioni

gastriche ed epatiche, quali si scorgono nei bevitori, concorrevano ad accentuare così certi sintomi morbosi da ingenerare quasi la più schietta apparenza di una cachessia palustre. Così almeno dovevasi pensare, stando al pallore delle mucose, alla tinta speciale della cute ed al discreto tumore splenico.

Il chinino vinse la febbre intermittente della seconda fase morbosa; gli alcalini unitamente agli amari e ai tonici migliorarono l'apparecchio digerente; sopratutto l'astensione dall'eccesso del vino permise che si dissipasse completamente la iperemia epatica. Così guariva felicemente.

Ma col ritorno della salute si riaccese la riprovevole smania del bere. Se prima potè arrivare a 46 anni senza averne dannosi effetti, ora e per la maggiore età e per la minore resistenza organica, conseguenza delle superate malatie, non durò lungo tempo incolume. — La congestione epatica dopo due anni si ripristinava, e devo credere con qualche segno di acutezza e di estensione maggiore che per lo innanzi.

Sebbene io non possa ammettere che l'abuso del vino porti necessariamente alla cirrosi epatica — essendo che molti soccombono ad altre malatie dopo avere sfrenatamente dedicato a Bacco, come dimostrai in un precedente capitolo (V. p. 125 e seg.), — pure nel caso attuale le cose avvennero in guisa che mi fanno essere dell'opinione, che il nostro paziente sarebbe sopravvissuto, se non si fosse abbandonato alla abitudine del bere.

Ricordo che si manifestarono sintomi di cirrosi oltre 60 anni in persona, che da tutti i tempi beveva da *dieci* ai *dodici* litri di vino al giorno, oltre alcuni bicchierini di liquori. — Per alcuni anche l'alcool è un lento veleno,

come suol dirsi del caffè; per altri può dirsi che sia anche una sostanza innocua o quasi, perchè in essi la cirrosi epatica non si verifica mai. – Bisogna convenire, che gli effetti degli alcoolici sono favoriti dalla individualità, e che la cirrosi è la malatia la quale può svilupparsi anche per cause che sono inerenti all'organismo. Narrerò in proposito un caso interessantissimo più avanti, e qui mi arresterò alla considerazione seguente: che molto probabilmente nell'ammalato in questione esistevano ragioni fisiologiche, per le quali l'abuso del vino doveva ritenersi relativo, non assoluto, e, come che relativo, dannosissimo.

In vero il paziente dicevami non essere stata straordinaria la quantità del vino che beveva, ma piuttosto essere stata invicibile la tendenza a berne una certa quantità per mantenersi in istato di piacevole eccitamento, sebbene avvertisse che con tutta facilità ne riportasse molestie di stomaco e disappetenza.

Per tutto ciò mi sembra potere attribuire l'affezione ultimamente insorta, più che ad altro, all'abuso del vino.

Forse il lettore si sarà annoiato di queste poche considerazioni, ma vedrà più avanti che non le sono affatto inutili. D'altronde è mio costume non accettare ciecamente quello che si scrive da altri, nè quello che si ricava dalle prime informazioni degli ammalati, senza sottoporlo a un poco di critica. Imperocchè, se ad altri torna starsi pago del fatto compiuto, a me soddisfa meglio conoscere il processo evolutivo dei fatti: così nel caso attuale stimo non indifferente l'avere alla meglio scandagliato in fondo al passato le origini della malatia. Posso arguire, che nel mio paziente l'azione dell'alcool era desiderata piuttosto come azione dinamogena o tonica, che dire

si voglia; che l'effetto fisiologico dell'alcool si manifestava con fenomeni nervosi irritativi localizzati nell'apparecchio della digestione; in fine che non improvvisamente, come mirerebbero a far credere i fatti più speciosi dell'anamnesi, ma a poco a poco, lentamente, erasi determinata nel paziente una condizione morbosa, che più tardi compariva, o a dir meglio, esacerbavasi con sintomi acuti. Posso dire, che, precedute di lunga mano le irritazioni gastriche e la iperemia epatica, questa estendevasi ad altri tessuti, oltre quelli del fegato, ed era seguita da lavorio flogistico.

In vero, che cosa significano gli edemi esterni che tennero dietro ai primi dissesti della digestione?

Non rifarò i ragionamenti che esposi nel caso precedente; osserverò soltanto, che dall'esame obiettivo non era consentito neppure il sospetto che esistessero nel paziente altri fatti morbosi oltre quelli riferibili al fegato, il quale entrava allora allora nel periodo veramente infiammatorio.

Anche in questo caso il diagnostico, fatto sospettare dalla natura della causa, veniva confermato dalla qualità dei sintomi, e per non dilungarmi inutilmente, essendo questi evidentissimi, riferisco la diagnosi stabilita nei seguenti termini: *Cirrosi epatica complicata da angioite della cava ascendente, in individuo bevitore, emorroidario.*

Diario. — Di questa storia narrerò le cose più importanti — Il 30 Novembre, non avendo mai dato segni di miglioramento, anzi essendo aumentata la anoressia e l'intolleranza gastrica, ebbe una leggera epistassi e poco dopo un vomito di sangue e muco, non preceduto da fenomeni dolorosi insoliti, nè quali sogliono accompagnare le malatie ulcerose dello stomaco. - La quantità del san-

gue reietto per vomito era discreta; ma altro sangue emise più tardi colle feci. - Era intollerante d'ogni cura; si prescrissero appena alcune polverine del *Dower*, perchè queste sole tollerava e valevano a diminuire la tosse, che da un paio di giorni aveva preso a molestarlo specialmente la notte.

Dicembre 1. Nulla di nuovo nell'addome. Nel torace accresciuti i fenomeni di stasi polmonale. Si prescrissero polveri di bitartrato di potassa e nitrato di potassa, che dovevano essere precedute da un cucchiaio di una soluzione di cloridrato di morfina con acqua coobata di lauro ceraso. Così venivano tollerate le polveri, e insieme era meglio ancora curata la molestia della tosse. Nella giornata la temp. salì a 38°; puls. 104.

Dicembre 2. La notte fu più tranquilla. Temp. 37°,6; puls. 84. È dolente la regione epatica. Emette scariche poltacee, portanti striscie e grumettini di sangue. L'orina come sopra. Si prescrivono due larghi vescicanti, uno per ogni regione ipocondriaca. Internamente come sopra.

Dicembre 5. Passò la notte tranquilla perchè fu minore la gravezza del respiro e la tosse. È più contento del suo stato, perchè si sente meglio al ventre, che all'esame risulta più trattabile di prima. La urina è stata emessa in quantità maggiore, ma conserva gli stessi caratteri di prima. Si continua la medicazione interna come sopra.

Dicembre 13. Nei giorni precedenti l'ammalato non migliorò, nè peggiorò; ma la sera del 12 ebbe un forte accesso di dispnea ed epistassi. — L'esame fisico rileva: aumentate le ottusità polmonali, più debole l'impulso cardiaco, cresciuta l'ascite. Accusa maggiore intolleranza

gastrica. Si prescrive la dieta lattea ed un grammo di tintura di digitale in una pozione diuretica.

Dicembre 26. L'ammalato oscillò sempre tra qualche miglioramento e qualche peggioramento: migliorava pel fatto che poteva riposare più lungamente nella notte ed era meno molestato dai disturbi gastrici e intestinali; peggiorava, perchè a poco a poco si vide aumentare i già forti edemi esterni, crescere il meteorismo, spostarsi il cuore e divenire nuovamente più scarse le urine. Ogni medicazione tornava inutile. L'ombelico in ultimo presentavasi arrossato, dolente e umettato di un umore acqueo, che raccoglievasi sul fondo della cicatrice ombelicale in maggiore quantità. Si prescrisse la paracentesi, colla quale si estrassero 6 litri di siero torbido, del p. s. di 1,020, ricchissimo di albumina, povero di sali e di fibrina. Evacuato il ventre si sente il fegato granuloso, grossa la milza.

Gennaio 5. Il miglioramento che provò il paziente dopo la paracentesi, fu momentaneo: si riprodusse assai presto il liquido, si svilupparono maggiormente le vene delle pareti addominali. *Anche dopo che venne tolta la pressione intraddominale esercitata dall'ascite, non scemarono menomamente gli edemi esterni.* Le urine rimasero scarsissime; le feci uscivano assai scolorate, con striscie di sangue. Di più, alimenti e medicine erano insistentemente avversate dallo stomaco, e cresceva il deperimento generale, l'abbattimento nervoso; il paziente presentava altresì aspetto quasi soporoso. Il respiro sempre più difficile per la crescente iperemia ed avanzato edema polmonale: il cuore infiacchito. La temperatura oscillava tra i 38,°2 ed i 38,°5; puls. 106.

Gennaio 7. — Sopore e morte.

Necroscopia. [1]) — Colore terreo, rigidità cadaverica persistente agli arti inferiori; macchie bluastre al dorso per ipostasi; macchie rosse da vescicanti al torace.

Capo. Seno longitudinale vuoto; meningi molli edematose e torbide; anfrattuosità cerebrali alquanto dilatate. Sostanza cerebrale povera di sàngue uscente alla superficie di sezione; consistenza diminuita. Ventricoli laterali dilatati alquanto, contenenti abbondante quantità di liquido tenue, limpido. Pie meningi facilmente distaccabili dalle circomvoluzioni. Nel rimanente degli organi cerebrali nulla di rimarchevole, salvo che l'anemia e l'edema.

Torace. Nella *trachea* abbondante quantità di muco gialliccio, filante: mucosa tumida, finamente iniettata: di colore rosso-scuro. — *Polmone* sinistro libero; nella cavità pleurica 200 grammi di liquido citrino. Polmone destro aderente ovunque alla pleura costale. — Sulla superficie della pleura costale si vedono qua e là delle chiazze emorragiche bruno-rosse, di grandezza variabile da una testa di spillo ad una grossa lenticchia. La pleura costale sinistra presenta chiazze di sottili iniezioni arborescenti. — Nel *pericardio* 30 grammi circa di liquido citrino, tenue. — *Cuore* flaccido; esocardio viscerale con chiazze lattee in parecchi punti, e specialmente sulla superficie esterna posteriore dell'atrio destro diverse chiazze emorragiche. — Nel seno sinistro piccolo coagulo cruoro-fibrinoso; le altre cavità vuote. — *Miocardio* pallido, di consistenza normale. — Il polmone sinistro crepitante al taglio, alla superficie di sezione abbandona una certa quantità di liquido schiumoso; la parte media del lobo superiore crepita poco al

---

[1]) Dal protocollo delle sezioni fatte nell'istituto anatomo-patologico.

taglio, di colore rosso-grigiastro, e lascia sgorgare abbondanti quantità di liquido torbido poco aereato. Polmone destro espanso, crepita dovunque al taglio, di colore rosso-scuro, alla superficie di sezione sgorga sufficiente quantità di liquido rossastro, finamente aereato. Mucosa bronchiale tumida, coperta di abbondante strato di muco filante, di colorito rosso-bruno. Le pleure viscerali d'ambo i polmoni presentano chiazze emorragiche di varia grandezza.

Addome. Nella cavità peritoneale parecchi litri di liquido gialliccio tenue, nel quale nuotano fiocchi fibrinosi giallicci. Intestini espansi; peritoneo parietale e viscerale di colore cinereo, ispessito, disseminato di numerose chiazze ove rosso-scure, ove di colore lavagna. Dalla superficie peritoneale si può staccare una pseudo-membrana fibrinosa di vario spessore, alla quale si deve in massima parte il colorito precedentemente descritto. — *Fegato* piccolo, portato in alto. Legamento falciforme e rotondo ispessito considerevolmente. La superficie del fegato si presenta seminata di piccole rilevatezze giallicce. La capsula ispessita, bianco grigiastra. Il parenchima epatico di consistenza fibrosa, poverissimo di sangue. La superficie di sezione granulosa, di colorito giallo-zafferano. – Il grande epiploon è scomparso e ridotto in una specie di cordone frangiato aderente alla superficie anteriore di colon trasverso. — Lo *stomaco* poco disteso, contenente 300 grammi circa di liquido verde-rame, entro il quale nuotano fiocchi mucosi grigiastri. Mucosa coperta di muco filante, grigiastro, screziata da linee rosso-scure. Mucosa intestinale povera di sangue, — *La cava ascendente dilatata considerevolmente, a pareti ispessite specialmente nella*

sua parte superiore. — I *reni* presentano la sostanza corticale aumentata di spessore, ed alla superficie esterna presentano chiazze grigio-giallastre. — *Milza* aderente, capsula ispessita; parenchima colore rosso-vinoso, facilmente spappolabile, di volume pressochè doppio del normale.

Diagnosi necroscopica. — Cirrosi epatica, con peritonite cronica diffusa a carattere emorragico.

La vena cava venne recisa in alto al forame quadrilatero, in basso a 20 centim. del suo ingresso nel fegato. In basso a 5 centim. prima del suo ingresso nel fegato misurava 30 mm.; all'ingresso 43 mm.; a metà decorso 60 mm.; allo sbocco delle vene epatiche 75 mm.; presso il forame quadrilatero 83 mm.

Aperta longitudinalmente la vena, si incontra verso lo sbocco della emulgente di destra un piccolo frustolo di sostanza di colore grigiastro, grosso come una capocchia di spillo, che si toglie facilmente dalla sua sede, friabile, e che tosto esaminato al microscopio si riconosce per un deposito fibrinoso. — L'interno della cava (vedi Fig. 2ª) offre un coloramento alquanto più oscuro, non uniforme, ma disseminato a chiazze. I punti più colorati all'interno coincidono con altri all'esterno, dove si rinviene assai abbondante il connettivo, con traccie di vasi più numerosi e tumidi che altrove. - Sulla Fig. 2ª in *a a* si vedono due linee, o traccie oscure, che corrono quasi parallele dal basso in alto fino allo sbocco delle emulgenti. Sul decorso di queste linee trovai aderente un sottile coagulo fibrinoso, appiattito, largo quanto le linee indicate, dello spessore di poco più di 2 mill. Era, come dissi, aderente al vaso, e staccato in ogni punto della sua lunghezza presentava un po' più di resistenza in

prossimita delle vene renali; però la resistenza a sinistra era minore che a destra (*b*). Quivi il coagulo penetrava dentro l'emulgente. Questa circostanza contribuì alla sua volta a dare maggiore interesse alla forma differente che presentava lo sbocco dell'emulgente di destra in confronto con quello di sinistra; infatti il primo è lineare, e somiglia ad una rima, o piccola fessura; mentre il secondo é rotondeggiante, quale si osserva in condizioni normali. Guardata la vena emulgente destra dall'esterno, vidi che nel segmento inferiore dal punto di origine in avanti per un tratto di circa 5 millim., le pareti erano avvicinate in modo da formare come una piccola piega. Introducendo poi lo specillo nella vena stessa, ho constatato che le pareti non erano soltanto avvicinate, ma saldate insieme. Premendo collo specillo adagiato sull'asse longitudinale del vaso, ho potuto penetrare entro la piega formata dalle pareti, e successivamente esportare piccoli frantumi di coagulo, continuazione di quello del quale ho dianzi parlato. Credo pure dovere notare, oltre la forma lineare dello sbocco della emulgente destra, anche l'aspetto speciale nella sua estremità inferiore: pare che qui le pareti non si sieno così bene avvicinate, come si vede in alto, perchè fra di esse s'insinuava il coaguletto sopra ricordato.

A modificare così, come si vede, la forma dello sbocco della vena, concorreva qualche altra circostanza: - l'interna superficie della cava, precisamente intorno allo sbocco della emulgente, si notava un aspetto che dirò finissimamente fibroso, a fibrille trasversali; mancava affatto la lucentezza della intima in ogni punto del vaso in esame, ma sopratutto in vicinanza alla renale destra, dove no-

tavasi pure maggiore che altrove lo spessore delle pareti. Quindi i bordi della fessura vasale in discorso non erano molli, cascanti, sì bene partecipavano della resistenza che avevano in altri punti le pareti della cava. Da ciò ho arguito, che la deformità dell'apertura dell'emulgente era conseguenza della lesione nutritiva delle pareti della cava — lesione che si estendeva dall'esterno all'interno.

Dal sin qui esposto mi è dato concludere:

1.° *Gli edemi esterni coi quali iniziò l'ultima fase morbosa del paziente, erano indizio della lesione della cava ascendente, complicante la malatia fondamentale nel fegato.*

2.° *La lesione della cava può definirsi quale processo di angioite, caratterizzato da ispessimento delle pareti vasali per ipergenesi connettivale, con incipiente trombosi e dilatazione del vaso.*

3.° *Alla lesione della cava partecipava pure la vena renale destra.*

3.ª *Anamnesi.* — De Grandis D., d'anni 63, nacque da genitori sani. Fu sempre d'invidiabile salute fino a 20 anni, nella quale epoca pare abbia superato felicemente un processo migliaroso. Andò a marito dopo i 20 e partorì 5 volte, nè mai incontrò peripezie di sorta nel disimpegno delle sue pesanti incombenze domestiche. Era moglie ad un oste; accudiva a tutto, lavorava molto, mangiava bene e beveva meglio. Nel Settembre dell'82 la paziente aveva notato *qualche gonfiezza delle estremità inferiori*, e successivamente ebbe delle febbri sulle quali non si poterono aver esatte informazioni. Nello stesso

tempo aveva notato pure che le sue orine eransi fatte scarse, torbide, di colore rosso-bruno, le quali dopo breve tempo ch'erano state emesse lasciavano vedere abbondante precipitato di urati. Anche l'appetito e la digestione avevano perduta la solita regolarità, e l'ammalata era costretta al riposo dal senso di debolezza generale e di pesantezza all'ipocondrio destro; quando poi giaceva, non poteva rimanere a lungo sul fianco destro, perchè veniva presa da opprimente ambascia. Crescendo il malessere generale vennero in scena il vomito e la diarrea; più tardi la gonfiezza degli arti inferiori si estese ai tegumenti dell'addome, delle natiche e delle pareti inferiori del dorso. In questo stato entrava nella Clinica il 18 Dicembre 1882.

Stato presente. — L'aspetto della paziente è singolare per la tinta quasi bronzina di tutta quanta la superficie cutanea, tanto da ricordarci quella che notammo nell'ammalata della storia. 1.ª Decombe supina, ha espressione sofferente; la nutrizione è assai deperita. Le mucose visibili sono assai pallide, il bulbo oculare è tinto di gialliccio. I sensi specifici normali; le pupille normali. La lingua larga, umida, leggermente impaniata. Il torace è ampio, inelastico. Sull'area polmonale si ha un suono normale alla percussione, forse alquanto timpanico sui lembi polmonali anteriori inferiori. All'ascoltazione si ode un respiro aspro e rantoli bollari e russanti. — Non si vede, nè si palpa l'impulso dell'apice cardiaco; coll'esame plessico si limita l'area del cuore, avente alla base la estensione di centim. 11, al ventricolo sinistro 11, al ventricolo destro 15. All'apice si ascolta un debolissimo primo tono, che finisce in rumore di soffio. Non si può limitare il luogo dove questo si sente più chiaro e di-

stinto, perchè è uguale tanto sull'apice del ventricolo sinistro, quanto su quello del destro. Negli altri focolai di ascoltazione si odono toni debolissimi, mascherati dai rumori dei rantoli bronchiali. — La colonna vertebrale, all'altezza della 4ª e 5ª vertebra dorsale, presenta una leggera cifosi; è per altro in ogni punto della sua lunghezza perfettamente indolente. - Si nota l'edema delle parti inferiori del tronco, che incomincia all'altezza della 8ª costa dorsale, e si distende in giù fino alle natiche e lateralmente sui fianchi. - L'addome è voluminoso, globoso, e misura m. 1.13 al livello dell'ombelico. Questo non è infossato, ma sporgente e teso. La regione inguinale destra è alquanto tumida, però indolente, nè intumidisce di più sotto gli sforzi della tosse. *Le pareti addominali non sono molto tese, ma edematose*, e non lasciano vedere le vene sottocutanee. La risonanza del ventre è timpanica nelle parti superiori, è ottusa nelle inferiori; *il limite è segnato da una linea a concavità in alto, che passa a 4 dita trasverse sotto l'ombelico.* Sull'area ottusa si ottiene il senso di fluttuazione, e cambiando giacitura della paziente si modifica la forma dell'area di ottusità per spostamento del liquido. — Il fegato non può essere limitato con sicurezza; stando al dato della percussione si doveva ritenere che non oltrepassasse i confini normali. — La milza si sentiva a sporgere dall'arco costale facendo eseguire alla paziente delle profonde inspirazioni e pigiando a scosse la regione splenica. — L'edema della parte inferiore del tronco e delle pareti addominali discendeva ad occupare le estremità inferiori; mentre la parte superiore del tronco e le superiori estremità erano magre ed interamente asciutte e secche.

Le urine scarsissime (grm. 300), di reazione acida, di colore rossigno, del p. s. di 1.030. Contenevano traccie di albumina, molta urofeina; nessuna traccia di pigmenti biliari; abbondanti più del normale tutti gli altri sali.

La paziente era apiretica; aveva frequente (104) e debolissimo il polso, 30 respirazioni; assoluta avversione al cibo.

Elementi del diagnostico. — Tra le cause è evidente l'eccessivo trasporto della paziente per il vino. Tra i sintomi, i disturbi gastro-epatici, il vomito, il deperimento generale, la tinta speciale della cute, le urine scarse e rosseggianti, il turgore splenico. Il fegato sarà stato forse voluminoso prima dell'ingresso della paziente nella Clinica; forse lo sarà stato anche all'epoca del mio primo esame; ma non era possibile stabilirlo mediante la percussione nè mediante la palpazione.

Quando è possibile constatare col palpeggiamento un aumento dell'area epatica, si ha un dato più sicuro di quando colla percussione si viene a limitare un'area di fegato rimpicciolita, o coincidente col bordo costale. In questo caso io rimango sempre nella incertezza, perchè il fegato tanto può essere in corso di atrofia, quanto può avere una estensione che si ritiene normale, quanto può di poco oltrepassare i limiti normali. È necessario soccorrere la percussione con qualche altro mezzo [1]).

Nel caso attuale non poteva - stando al solo risultato

---

1) Veggasi in proposito una mia Nota stampata sugli Atti del R. Istituto veneto e sulla Gazzetta Med. Ital. delle prov. venete (1884), dove dimostro più esattamente il metodo cui mi attengo nell'esame del fegato, seguendo criteri morfologici e clinici.

plessico - farmi un preciso concetto della condizione epatica. Il palpeggiamento anche profondo non mi ha mai permesso di sentire in modo sicuro il bordo del fegato discendere durante la profonda inspirazione, come sentiva invece la milza; perciò riportandomi a criteri morfologici, m'ero fatta l'opinione che l'organo epatico avesse già incominciato a diminuire di volume. Quindi a tutti gli altri sintomi mi pareva dovere aggiungere quest'ultimo. Così il diagnostico della cirrosi acquistava il maggior grado di probabilità.

Restava in questo caso, come negli altri precedenti, il fatto importante che si riferisce agli edemi esterni; i quali comparvero, si può dire, coi primi sintomi della malatia, e crebbero assai prima che si verificassero condizioni discrasiche e fatti sì gravi di pressione intraddominale da giustificare la loro presenza. È ben vero che le condizioni del centro circolatorio non erano affatto normali; ma ciò non basta per subordinare ad esse gli edemi esterni in questione; tutt'al più si poteva ammettere che concorrevano alla loro produzione. - Qual era poi la sintomatologia riferibile al cuore? — Aumento dell'area, un lieve rumore di soffio col quale si prolungava il primo tono. Del resto non era fortemente depressa l'azione cardiaca, non irregolare nel ritmo e nemmeno si avevano indizi di stasi polmonali, che difficilmente fanno difetto quando il cuore vien meno al suo compito fisiologico per astenia del miocardio, o per considerevole viziatura orica o valvolare. — Quando poi si riflette al patente contrasto che facevano le parti superiori del corpo asciutte e secche colle inferiori sì tumide per uniforme edema, si comprende che non potrebbe il cuore essere alterato in guisa da

ritardare il deflusso della cava ascendente e non della discendente. E generalmente sebbene per malatia organica del cuore gli edemi possano essere alle inferiori estremità più copiosi, pure non mancano anche alle superiori indizi di ostacolo venoso.

Io dunque ammisi anche in questo caso, che la *cirrosi epatica era complicata da una lesione della cava ascendente, nella quale le difficoltà circolatorie venivano accresciute anche dalle ricordate condizioni cardiache.*

Il cuore della paziente meritava qualche altra considerazione. Non doveva passare affatto inosservata la circostanza che era aumentata l'area di ottusità in una misura non ordinaria, e che si ascoltava il primo tono debole e prolungato in un rumore di soffio, non bene localizzato.

Potain e suoi seguaci avrebbero, senza dubbio, affermato trattarsi di cardiopatia d'origine epatica, e precisamente di dilatazione del cuore destro ed insufficienza della tricuspitale, quale conseguenza della malatia del fegato.

Io invece, piuttosto che arrestarmi a considerare gli effetti della malatia epatica, ripensava ai precedenti causali - abuso di cibi e di vino - da cui questa era prodotta, ed ai quali devono essere riferiti molti fenomeni del cuore, che lentamente si ponno sviluppare, non solo nel cuore destro, ma nell'intero centro circolatorio; i quali a norma delle predisposizioni individuali si determinano con sintomi di dilatazione o di ipertrofia, con o senza alterazioni endarteritiche; e che si aggravano per le malattie gastro-epatiche [1]).

---

1) *De Giovanni* Patol. del simpatico. Milano, Tip. Rechiedei, 1876.

I fatti prodotti dal *Potain* e dai suoi seguaci sono incompleti, e le risultanze sperimentali, invocate per la loro spiegazione, sono unilaterali, insufficienti, non accertate [1]; e fa meraviglia che non solo si attribuisca a *Potain* tutto il merito della osservazione clinica, ma se ne accettino ancora ciecamente le opinioni senza sottoporle a un po' di critica.

Nel caso mio non ammisi la cardiopatia nel senso che la intenderebbe il valentissimo clinico di Parigi ma nel modo che io la intendo: – cioè, ammisi che la paziente, per essere stata disordinata nel mangiare e nel bere, aveva ogni giorno sottoposto il suo apparecchio digerente, il suo apparecchio vaso-motore e circolatorio ad un eccesso di lavoro, che finì col guasto nutritivo e funzionale del fegato e del centro circolatorio. Mano mano si preparavano gli elementi per la malatia epatica, agivano pur quelli che producevano il progressivo deperimento. La cardiopatia non è dunque d'origine epatica, ma coeva coll'affezione epatica; perchè è fatto non solamente patologico, ma fisiologico quello per cui il cuore debba subire l'influenza della funzione dei visceri addominali: – influenza che è varia nei vari individui e che quindi porta ad effetti diversi secondo gl'individui.

Lo stesso. Prime linee di uno studio cardiografico volto a scopi clinici. Milano, Tip. Rechiedei, 1878.

Lo stesso. Sopra alcuni fatti concernenti la patologia del ventricolo e del cuore. Giorn. internaz. delle Scienze mediche, 1880.

[1]) *Patella V.* Di un nuovo momento etiologico nella genesi dei vizi cardiaci. Gazzetta med. ital. prov. venete. Anno XXVI, NN. 12, 13 e 14. — Sento il dovere di ringraziare pubblicamente l'egregio Autore per avere egli rilevato quanto mi spetta nella questione sia storicamente, sia scientificamente.

Se *Potain* e seguaci non si fossero accontentati di registrare una mera coincidenza clinica, e di ravvolgerla in una teoria insufficiente - com'è quella che fa dipendere le alterazioni del cuore destro dallo spasmo dei capillari della piccola circolazione - avrebbero meglio apprezzato la interezza dei fatti; si sarebbe parlato della influenza che esercitano le malatie gastro-epatiche sul cuore, e non di cardiopatie d'origine epatica.

Dovrò ritoccare l'argomento ancora, perchè mi preme dimostrare, come certe teorie difettino assolutamente nella base - la buona osservazione. Intanto concludo, che avendo presi in esame tutti i più probabili fattori degli edemi esterni che presentava la mia inferma, abbia dovuto attribuirli, come già dissi, alla *alterazione della cava ascendente complicante la cirrosi epatica, alterazione aggravata dalla condizione cardiaca.*

Diario. — Dicembre 20. Notte insonne per inquietudine insolita, accresciuta dal vomito, non che da dolori spontanei alle regioni ipocondriache, da cui era obbligata a rimanere costantemente in posizione supina. Ha breve il respiro, e penoso. La regione posteriore superiore del destro torace è poco risonante, mentre è quasi timpanica la inferiore. — Al cuore non si riscontra verun mutamento. La paziente accusa dolore lungo la colonna vertebrale, precisamente sul tratto inferiore della porzione dorsale e sulla porzione lombare. È un dolore affatto subbiettivo, che venne attribuito al crescente ingombro circolatorio delle vene prevertebrali. Al ventre si scorgono manifesti i cordoni venosi sottocutanei, e la milza si constata più voluminosa; il che proverebbe la giustezza della

spiegazione data al dolore dorsale. – Immutati gli edemi per la estensione loro; la paziente dice di sentire gli arti più tesi di prima. — Apiressia; polso 104, piccolo, debole; respirazioni 28. – Urine come sopra. – Alvo chiuso.

Si prescrisse: dieta semplice e polveri di *Frank*.

Dicembre 22. L'uso delle polveri ha procurato alcune scariche diarroiche con vantaggio dell'ammalata, la quale non accusa e non ha realmente la tensione del ventre di cui tanto dolevasi. Però le urine sono sempre scarse e gli altri sintomi permangono sempre uguali.

La sera del 23 si registrò quanto segue: passò la giornata sempre sonnacchiosa, depressa più del solito; manifestò maggiori difficoltà respiratorie; perdette inavvertitamente le urine e le feccie in letto, dove decombe inerte affatto. — Pols. 100; respir. 28; temp. 37.

Dicembre 27. Lo stato della paziente si aggravò di giorno in giorno. Col crescere della depressione generale aumentava il meteorismo, che alla sua volta recava sempre maggiore impedimento alla respirazione e alla circolazione. Intollerante dei medicamenti, ci limitammo ad amministrare qualche eccitante cardiaco-vascolare. Tentammo di estrarre aria dall'intestino introducendo una sonda ed aspirando. Si produsse qualche lieve vantaggio alla paziente, ma troppo fugace, troppo scarso rispetto alle gravi sue condizioni. Dal più al meno soporosa sempre. Perdeva le feccie diarroiche e le urine. Il polso oscillava tra le 84 e le 88. La temp. discese a poco a poco fino a 36,6; le respir. tra le 28 e le 30. – Coll'esame obbiettivo non si riscontravano ulteriori fatti in fuori di quelli che attestavano il crescente collasso del cuore e l'ingombro polmonale. — Alle $8^1/_2$ del mattino era cadavere.

Necroscopia [1]. — Cadavere di colore bianco-cereo, con chiazze rosso-brunastre all'inguine ed alla regione lombare destra. Addome espanso, molle, fluttuante. Alla regione inguinale destra, in corrispondenza dell'anello inguinale esterno, un tumore come un uovo di gallina, che compresso scompare e si fa più sporgente comprimendo l'addome. Gli arti inferiori e le pareti addominali molto edematosi.

Capo. Seno longitudinale vuoto. Liquido limpido, sieroso negli spazi sotto-aracnoidei. Anfrattuosità cerebrali dilatate. Sostanza cerebrale piuttosto molle, lucente alla superficie di sezione e ricca di rosse punteggiature. — Nulla di rimarchevole nel resto degli organi cerebrali.

Torace. Polmone destro libero nella cavità pleurica. Nella cavità pleurica tenue quantità di liquido sieroso rossiccio. Sulla pleura parietale iniezioni sottili, arborescenti e più le chiazze emorragiche. Polmone sinistro aderente alla pleura costale per lasse briglie di connettivo. Nel pericardio pochissima quantità di siero citrino. - *Polmoni* espansi, crepitanti al taglio, meno nelle parti postero-inferiori, dalla cui superficie di sezione sgorga abbondante quantità di liquido schiumoso e sanguinolente, e dove il colorito è rosso-bruno carico. Il *cuore* flaccido, miocardio pallido, poco resistente; parecchie piccole chiazze gialliccie sottoendocardiali, specialmente nel ventricolo destro.

Addome. La cavità peritoneale considerevolmente dilatata, ripiena di parecchi litri di liquido sieroso-gialliccio tenue, nel quale nuotano scarsi fiocchi di fibrina. *Perito-*

---

[1]) Dal protocollo come sopra.

neo parietale in parecchi punti ispessito e di colore bianco specialmente nella fossa iliaca sinistra. La sierosa di tutte l'intestine ispessita alquanto e sparsa di infinite chiazze bruniccie. Il tumore dell'inguine destro costituito da estraflessione peritoneale per il canale inguinale corrispondente (ernia inguinale). — *Fegato* piccolo, depresso, di colore giallo-grigiastro, a superficie bernoccoluta e granulosa. *Cistifellea* a pareti spesse, ripiena di bile giallo-verdognola, tenue. Alla sezione del parenchima epatico si sente stridere il coltello come se si tagliasse un fitto tessuto connettivo; la sua consistenza è addirittura fibrosa; poverissimo di sangue. La superficie di sezione è granulosa, e molti dei granuli che si sollevano sulla superficie, sono di colore giallo-canerino. — *Milza* voluminosa, a capsula ispessita e seminata di chiazzette tendinee; parenchima molle, spappolabile, di colore feccia di vino. — Stomaco vuoto, con mucosa ricoperta da spesso strato di muco tenace, di colorito rosso, seminata di numerose chiazze emorragiche. — Mucosa del tenue rosso-scura ; sul suo fondo spiccano i follicoli agminati come un insieme di punti grigiastri, ma che non presentano alcun rilievo sulla superficie della mucosa. — Nel medesimo stato la mucosa del crasso intestino. - Nel cul di sacco utero-ovarico, e precisamente ai lati della cervice uterina, il peritoneo presenta due chiazze a fondo rosso scuro con macchie grigio-giallastre e superficie irregolare. - *Vescica* vuota, con chiazze emorragiche sulla mucosa del basso fondo. - *La cava inferiore dilatata ed ha pareti alquanto ispessite.* - *Reni* di volume presso che normale; la loro capsula facilmente staccabile, e la sostanza corticale con chiazze grigio-giallastre.

Come nei casi precedenti, ottenni di separare dal cadavere la vena cava ascendente del suo ingresso nel torace, sino oltre l'origine delle vene emulgenti: - misurava 18 cent.

L'aspetto esterno era differente da quello delle altre in questo, che non presentava nè traccie d'iperemia, nè coloramento bianchiccio, nè grande quantità di tessuto connettivo: invece aveva un colore carneo pallido, e in luogo di essere la superficie esterna perfettamente liscia, pareva quasi finamente rugosa, a rughe trasversali e longitudinali. Per darne un'idea esatta aggiungerò che ricordava lontanamente l'aspetto dell'esofago. - Lo spessore delle pareti risultava evidentemente maggiore del normale non solo, ma anche maggiore di quello delle altre cave esaminate, tenendole fra le dita.

A vista si poteva giudicare che la dilatazione del vaso era minore che nei casi precedenti; infatti a 5 cent. prima del suo ingresso fra i lobi epatici misurava 26 mm.; all'ingresso 40; a metà decorso nel fegato 52; allo sbocco delle vene epatiche 70; presso il forame quadrilatero 75.

Aperta longitudinalmente la vena e osservandola per trasparenza, si riconosce ancora meglio il grado d'ispessimento delle pareti. - All'interno non si vede anomalia di colorito nè di superficie, meno in basso, al di sotto delle emulgenti, dove spicca una macchia triangolare (vedi Fig. 3) di colore più pallido della superficie vasale interna. Questa macchia era ad un livello superiore del tessuto circumambiente, ed esaminata attentamente, meglio con una semplice lente, si vedeva non uniforme ma come fosse costituita da uno straterello soffice di sostanza inegualmente distribuita ed offrente quasi aspetto spugnoso.

La Fig. 3 presenta l'alterazione in esame in modo fedelissimo. La forma è di un triangolo irregolare – sono abbastanza regolari due lati, il terzo è come frangiato per propagini della sostanza costituente la macchia, che si protendono più o meno in basso aderendo alla superficie interna normale del vaso.

La consistenza della macchia in discorso è molle, ma la sostanza è aderente al vaso e non si riesce a staccarnela senza lacerarla.

Staccai un minuzzolo di sostanza per farne la dilacerazione e l'esame microscopico, mercè il quale ho veduto frammezzo a molte finissime granulazioni alcuni globuli linfatici e qualche cellula più voluminosa con nucleo e portaplasma fittissimo che ricordavami l'endotelio vasale.

Stando a questi particolari potevasi conchiudere con molta probabilità, che la macchia fosse un prodotto di alterata nutrizione dell'intima.

In questo caso posso dunque concludere:

1. *Che la cirrosi epatica nei suoi primordi presentava gli edemi esterni.*

2. *Che questi erano indizio della complicanza della cirrosi con una lesione della cava ascendente.*

3. *La quale portava segni non dubbi di infiammazione diffusa delle tonache esterna e media, di endoflebite parziale e di aumento del suo calibro.*

4. *Anamnesi.* — Gardellin A. aveva 43 anni, ed era cameriere di trattoria. Nato da genitori sani, ad un anno di vita venne preso dalla rachitide, che lo rese poi deforme; un suo fratello moriva per tubercolosi. Malgrado

le alterazioni dello scheletro la sua salute fu per molti anni di ferro. Presto divenne garzone d'osteria, e più tardi uomo di fiducia, per cui era a lui specialmente affidato il servizio della cantina. Lavoratore indefesso, bevitore strenuo e valoroso nelle sfide di venere, ogni giorno destava le maraviglie di chi usava famigliarità con lui. — Ma a 31 anni principiò a sentire il peso di tanti stravizi: — lo presero a tormentare le emorroidi, divenne di pessimo umore, invocava le perdite emorroidali per provare qualche sollievo, ma poi ricadeva nel malessere peggiore, sicchè a poco a poco disappetente e svogliato vide farsi gialliccia la sclerotica, poi la pelle, e quindi pensò di ricoverare nel civico Ospedale, dove in breve tempo guarì. Pare che durante questa prima malatia abbia avuto il ventre tumido per qualche raccolta sierosa. — Guarito, riprese i suoi costumi, e godette buona salute fino a 3 mesi prima del suo ingresso nella Clinica, che avvenne il 21 Novembre 1882. Stava bene, e nulla avevagli fatto presagire la catastrofe che l'attendeva. La sera rincasando si accorse che perdeva sangue dall'ano, e in tanta copia che lasciavane traccia per dove passava. Meravigliava di questo, perchè non aveva nemmeno un dolore di ventre, e temeva perchè sentiva venirgli meno le forze. Giunto alla porta di casa non potè salire le scale e fu portato in letto, dove spontaneamente cessò l'emorragia dall'ano. Dormì saporitamente l'intera notte, e alle 11 antimeridiane del dì seguente andò per i fatti suoi. Tutto il giorno stette abbastanza bene, ma la sera alla stessa ora si rinnovò l'emorragia dall'ano, che per altro fu assai meno grave della precedente, Intanto era così indebolito che sentì il bisogno di cura, e per questo

volle entrare nell'Ospitale. Quivi stette alcuni giorni, e venne colpito da pleurite sinistra. Dopo quest'ultima insorgenza fu trasportato nella Clinica.

Stato presente. — L'infermo è estenuatissimo, avversa qualunque cibo, non può sostenersi in piedi, nè restare seduto; è preso da capogiri, ed ha le mani e le dita tremolanti. La temperatura è a 38° c.; il polso piccolo frequente, 128-130, debolissimo; le respirazioni 40. Accusa difficoltà di respiro, tosse insistente e molesta, dolore puntorio al costato sinistro. — Questo stato di cose non ci permette di istituire l'esame obiettivo metodico secondo l'esigenze scientifiche; ci limitammo a rilevare in più riprese i fatti più importanti.

Al capo e al collo si vedono turgide le vene; le mucose delle labbra sono quasi cianotiche. Il torace è piccolo, deforme per scoliosi sinistra e cifosi della colonna vertebrale e per sporgenza carenata dello sterno. Sul torace sinistro si limita una ottusità che occupa circa tutta la metà inferiore, e sull'area di ottusità non si ode il murmure vescicolare, manca la trasmissione della voce, non che il fremito pettorale. Su tutto l'ambito polmonare sentivansi numerosi rantoli bollari. — Il cuore batteva nel 5° spazio intercostale. Colla percussione non riuscimmo a limitare l'area del cuore, essendo per enfisema vicario grandemente distesi i lembi polmonali. Tuttavia prendendo argomento dal punto in cui si sentiva pulsante l'apice cardiaco, potevamo pensare che il cuore non fosse notevolmente mutato nelle sue dimensioni. All'ascoltazione poi si sentivano abbastanza bene e netti i toni cardiaci.

Il *ventre* era tumido. A livello dell'ombelico misurava 86 cent. di circonferenza. — Col palpeggiamento si senti-

vano i bordi del *fegato* sporgenti dall'arcata costale per circa 3 cent., piuttosto duri, e la superficie quasi granulosa. – La *milza* era ingrossata – Nel ventre esisteva ascite discreta, che rivelavasi mediante la percussione e col provocare il fiotto particolare della raccolta libera. L'ottusità dell'ascite non arrivava all'altezza dell'ombelico. – Il meteorismo era notevole e tale che per esso si aggravavano, come dissi poco prima, i fenomeni del respiro e del circolo.

Le *urine* nella quantità giornaliera di 800 c. c., del p. g. 1,020, iperacide, di colore carico, mancante ogni traccia di albume, normali i solfati, abbondanti i fosfati, gli urati, abbondante l'urofeina, traccia di pigmenti biliari.

Le *fecce* delle 24 ore, raccolte nel vaso con qualche poco di orina, misurano 700 c. c., e sono divise in tre strati: uno superiore, che consta quasi interamente di urina, di color giallo arancione scuro, torbido, e forma $^1/_4$ di tutto il contenuto del vaso; – uno profondo, di colore cinericcio, d'aspetto sabbioso con piccoli frammenti giallicci, e si riconosce essere costituito da materie fecali sottilmente suddivise. Tra questo strato e il primo se ne vede un altro sottile, dello spessore di pochi millim., di colore grigio-pallido. In tutti questi strati in cui sono suddivise le materie fecali, si osservano col microscopio dei globuli bianchi, linfatici, che però nello strato medio sono abbondantissimi.

Sangue. — Al cromocitometro si trovano 64 di emoglobina; al microscopio si vedono bene conservati i globuli rossi, e negli spazi liberi numerosi leucociti.

Nessuna traccia di edemi esterni; anzi l'ammalato fa impressione pel suo dimagramento e la secchezza degli

arti e del tronco. Interrogato espressamente e più volte, dichiara ripetutamente di *non avere mai notato la più piccola gonfiezza nè agli arti, nè in altre parti del suo corpo.*

Elementi del diagnostico. — Sono così evidenti in questo caso le cause morbose, che non vale la pena d'insistere per dimostrarne la efficienza; e d'altra parte così chiari i sintomi, che non credo necessario nemmeno di indicarli perchè emerga il concetto diagnostico.

Forse non sarebbe stato ozioso affatto prendere in esame la emorragia manifestatasi per la via dell'ano nel principio della malatia attuale. – Il sangue tanto poteva provenire dal retto, come dal crasso intestino, dall'intestino tenue ed anche dallo stomaco.

Se non che nel caso nostro era assai probabile che la fonte dell'emorragia fosse il retto, e più precisamente fossero le emorroidi, perchè il paziente sin da quando all'età di 31 anni cominciò a sentire le conseguenze della sua vita disordinata, non solo avvertì il dolore delle emorroidi, ma andò soggetto a flussi emorroidali, che anzi invocava come rimedio a' suoi mali.

Che se si riguarda al modo col quale si manifesta l'emorragia, si riconosce il vero carattere delle emorragie rettali. Il sangue – a detta del paziente – colava liquido, pretto, senza inviti, nè sforzo di defecazione, senza precedenti disturbi intestinali, nè stomacali. – D'altronde dopo l'esame che istituimmo, non resta nemmeno un dubbio sulla condizione patologica fondamentale, che, essendo la cirrosi, può appunto essere preceduta, od accompagnata, dalla turgescenza delle vene emorroidali. – Quindi la cir-

rosi in questo caso la diremmo accompagnata da grave emorragia rettale.

Fin qui veramente non sarebbe ancora apparso per intero l'interesse che mi pare sia nella ricerca diagnostica. - Bisogna riflettere al altre circostanze: p. es. il non essere le cirrosi frequentemente accompagnate dalle emorragie intestinali nel loro esordire; l'aversi talora delle emorragie stomacali, talora delle intestinali, talora delle rettali, talora, sebbene raramente, delle vescicali. Io conosco due casi di mia esperienza - *in uno l'ematuria fece sospettare una malatia dello apparato uro-poietico, quando si elaboravano i primi sintomi della cirrosi epatica; nell'altro una complicazione nello stesso apparato durante il suo decorso.* Nel primo si sospese l'ematuria mano mano, cessando tutti i fenomeni vescicali, la cirrosi progrediva fatalmente fino all'esito letale; - nel secondo la comparsa della ematuria, che aveva tutti i caratteri della vescicale, mi determinò alla applicazione del sanguisugio all'ano per ragioni che accennerò a suo luogo; dopo di questo si sospese l'ematuria, e la malatia epatica procedette, modificandosi però a tal segno da ritenere si fosse limitato il processo morboso.

Forse in questo caso si dirà che non era certissima la diagnosi di cirrosi. — Sia pure. Ma quello che non verrà meno, è il fatto di una congestione epatica, la quale alterò profondamente la funzione dell'intestino, la generale nutrizione, la circolazione addominale, producendo ascite ed *ematuria*. Il paziente, alcuni mesi dopo che fu licenziato dalla clinica colle apparenze della guarigione, determinò di togliersi la vita, pare per isfuggire le sofferenze della miseria. Ho potuto esaminare il fegato e

la cava: – nel fegato era notevole l'aspetto granuloso e la resistenza del tessuto epatico; però queste alterazioni erano limitate allo strato superficiale dell'organo, dello spessore di poco più d'un centimetro. Internamente il fegato si palesava con caratteri normali. All'esame microscopico riconobbi la cirrosi d'origine portale. La vena cava era piuttosto dilatata ed ispessita.

Però io credo si debba studiare il perchè di tanta differenza nel modo di comportarsi de' fatti circolatorî intraddominali nei vari casi di cirrosi. – Per essere questi fatti di vecchia conoscenza non vuol dire che debbano passare inosservati.

Oggi che si fanno giustamente delle distinzioni anatomiche della cirrosi, si potrebbe pensare alla esistenza di rapporti non ancora scoperti tra l'una forma di cirrosi ed alcuni sintomi, e così chiudere in un'ipotesi qualunque la tesi che io sollevo sui fatti più sopra ricordati.

Ma è da qualche tempo ch'io giro attorno a questi fatti, e non ho potuto averne spiegazione attendibile se non da queste circostanze: 1.° i gravi disordini intestinali precedenti la malatia del fegato; 2° le complicazioni morbose; 3.° la speciale organizzazione dell'individuo.

I gravi disordini intestinali provenienti dall'abuso dei cibi e delle bibite alcooliche sono in molti casi cagione assoluta ed unica della cirrosi; la quale può essere preceduta da sofferenze dell'intestino, che sempre più si aggravano nel decorso della malatia, talchè spesso direbbesi, che il trasmodare dei sintomi intestinali si oppone a qualunque trattamento della cirrosi. — In questi casi i sintomi intestinali sono rappresentati anatomicamente da lesioni più o meno spiccate del tratto intestinale superiore,

o del tratto intestinale inferiore: catarri antichi, forme ulcerose con segni della grave stasi capillare, emorroidi e tutte le loro conseguenze anatomiche.

Le complicazioni morbose che portano una variante nella sintomatologia propria della cirrosi, si riferiscono, in questo punto, a quelle che abbiamo fatto conoscere nella cava. S'è veduto quali sintomi più dirittamente accennino alla complicanza in discorso, ed ora può comprendersi il contributo che può da essa venire per la maggiore accentuazione de' fenomeni che sono legati alla stasi sanguigna viscerale.

La speciale organizzazione del paziente credo sia uno dei principali fattori delle cliniche emergenze per cui differenziano fra loro i casi di cirrosi epatica. Da molte mie ricerche, che vedranno la luce in altra circostanza, sono portato ad ammettere, che, data una malatia senza complicanza di sorta, senza concorso di cause straordinarie, nella modalità dei sintomi si possa vedere una specialità di organizzazione individuale. Però io penso, che nel caso nostro, per riconoscere interamente il valore de' fenomeni emorragici che accompagnarono i primi passi della cirrosi, si debba non solo considerare che, trattandosi di cirrosi, le stasi venose emorroidali sono, come suol dirsi, all'ordine del giorno, - non solo che avendo il paziente abusato un tempo di cibi e di bevande alcooliche, può avere contratto una malatia intestinale precorrente la cirrosi; ma si deve convenire, che emorragie, quali il paziente ha presentato, non essendo fatti nè comuni alla cirrosi, nè frequenti nelle cirrosi aggravate da precedenze intestinali, richiedono per la loro manifestazione una disposizione individuale, - una speciale morfologia.

Questa speciale morfologia era implicitamente riconosciuta anche dai clinici che ci precedettero, ammettendo essi la ereditaria origine di tante sofferenze emorroidarie. - Ed oggi, mercè lo studio della organizzazione del corpo umano secondo i principî della moderna morfologia, possiamo concepire più chiara idea della disposizione morbosa in generale, ed in particolare di quella che conduce presto o tardi alcuni individui alle sofferenze emorroidarie.

Egli è dietro la scorta di questi principî se nel caso morboso, del quale sto occupandomi, ho creduto formulare il diagnostico seguente: *Cirrosi epatica preceduta da grave emorragia rettale, in individuo originariamente emorroidario.*

Siccome nei casi precedenti feci menzione nella formola diagnostica della complicanza della cirrosi colla lesione della cava, in questo dichiarai espressamente che, *mancando ogni traccia di edemi esterni, io doveva escludere la lesa funzione della cava ascendente.*

Il caso, del quale sto trattando giaceva nella Clinica contemporaneamente al precedente or ora menzionato, quindi soggiungeva, che la diagnosi negativa circa la esistenza di lesioni nella cava avrebbe servito di controprova alla verità dei fatti clinici ed anatomici da me presi ad illustrare.

Diario. - Novembre 24. Il paziente fu molestato dalla febbre, dalla tosse, da dolori intestinali. Ha l'aspetto sofferente, accusa difficoltà di respiro, rifiuta il cibo. Al petto non presenta verun mutamento nelle condizioni della pleurite. Il cuore debole, ma regolare; i suoi toni normali. Al ventre nulla di nuovo. - Le urine nella quantità di 350 a 400 c. c., senza modificazioni oltre le già

notate. – Le scariche del ventre piuttosto abbondanti, diarroiche, contenenti molti elementi bianchi, de' quali i più voluminosi sono sparsi, i più piccoli (nuclei) sono radunati a gruppi qua e là frammezzo alle materie fecali. Nessuna traccia di sangue. Su questo reperto si fondò il sospetto che nell'intestino si svolgesse una follicolite linfatica.

La cura fu presso che nulla atteso la intolleranza gastrica, non che la quasi assoluta contrarietà dell'infermo a subire ed accogliere le nostre proposte. — Era strano il cinismo e l'aria beffarda con cui parlava di vita, di morte e dei nostri tentativi terapeutici.

Novembre 26. Passò la notte più tranquilla e dormì qualche ora. È apiretico (37°. 7 c.); il polso a 100; il respiro 40. Il polso è debole. La diarrea è diminuita, tuttavia il paziente dice sentirsi più male di prima, forse perchè è costretto starsene sempre sul fianco sinistro, perchè se si mette sul destro, aumenta la difficoltà del respiro. Il suono toracico anteriormente a sinistra è timpanico per enfisema vicario; posteriormente, pure a sinistra, ottusità assoluta dalla 4ª costa in giù. Altrettanto è delle linee ascellari. È abolito lo spazio semilunare di *Traube*. Sull'area ottusa manca il murmure vescicolare, il fremito vocale. Poco dopo avere preso un sorso di caffè sputò, la mattina del 26, senza urto di tosse, un coagulo di sangue nerastro, che osservato al microscopio risulta composto di emazie, di striature fibrinose, fra le quali si vedono molte cellule bianche granulose e larghe, e moltissimi elementi linfoidi. Durante il giorno evacuò collo sputo un altro coagulo sanguigno uguale al primo, ma questa volta dovette faticare per espellerlo ed effet-

tuare molti colpi di tosse. Provò qualche istante di benessere fuggevole, e più tardi ebbe tendenza, più che al sonno, a vero assopimento.

Novembre 27. Ebbe vomiti, diarrea, preceduta da forti dolori di ventre. Apiretico, debolezza estrema. — Gli venne somministrato un po' di codeina per calmargli i dolori di ventre.

Novembre 28. Cresce l'ascite, si vedono comparire le vene sottocutanee. É aumentata l'addolorabilità dell'addome ed anche della regione epatica. La dispnea è al massimo, perciò si consiglia la paracentesi addominale, che il paziente rifiuta. Nel corso del giorno si notano tremori agli arti superiori, assopimento maggiore, l'inspirazione fatta in due colpi; le urine più scarse, le scariche frequenti e scarse. Quelle e queste sempre eguali; mai albuminose le prime, mai sanguinolente le seconde. Temperatura 38°; pols. 120, resp. 40. — In questo stato continuò sino a

Dicembre 2. Nel qual giorno si verificò inaspettato miglioramento. L'infermo aveva passato notte discreta, aveva qualche risveglio di appetito, e mostrava una certa vigoria nei movimenti. Però non erano mutate le condizioni viscerali; anzi le urine erano discese alla quantità di 100 c. c.; sempre acide, cariche di urati, mancanti di albume. Il ventre a livello dell'ombelico misurava 85 c., un centimetro meno di prima. Temp. 38°; pols. 100; resp. 40.

Dicembre 7. In queste condizioni passò alcuni giorni, quando principiarono nuovamente le intolleranze dello stomaco, le vomiturizioni incessanti, la tosse continua. In proposito si notò che la tosse si esacerbava ogni volta

che il paziente scoprisse una parte qualunque del corpo anche involontariamente, per cui erasi fatto riottoso a qualunque esame, come era stato ribelle a qualunque cura. Altra volta gli si era consigliata la paracentesi, e l'aveva villanamente rifiutata. Finalmente vedendo egli stesso la convenienza di fare qualunque tentativo di cura, la chiese e la si praticò la sera del giorno 7. *Non si constatò mai traccia di edemi esterni.*

Prima dell'operazione aveva temp. 37°, 9. pols. 120, resp. 44. — Si estrassero litri 7,700 di siero perfettamente limpido, di colore giallo-citrino. Atteso le condizioni generali del paziente non si volle evacuare tutta la raccolta. — Dopo l'operazione e la fasciatura del ventre il polso era ancora a 120, il resp. a 40.

Dicembre 8. Notte più tranquilla. L'ammalato può giacere in qualunque modo senza provare molestie. La tosse è d'assai diminuita. I sintomi del torace sono presso che i medesimi. Il cuore offre, come sempre, dati incerti, colpa la deformità toracica e l'enfisema dei lembi polmonari. Alla regione epatica si sente il bordo del viscere duro rasente quasi l'arcata costale. Si sente pure la milza ingrandita. Il paziente accusa dolori all'addome spontanei e alla pressione. Ebbe qualche scarica diarroica; le urine erano della quantità di 270 c. c.. senza mutamenti notevoli. Temp. 37°,6; pols. 108; resp. 36.

Questo lieve miglioramento nelle condizioni generali aveva fatto nascere nel paziente grandi speranze. Faceva ogni sforzo per non lasciarsi indebolire dal digiuno; appena potesse sottrarsi alla sorveglianza degli infermieri e degli assistenti, faceva tentativi d'alzarsi, perchè voleva riacquistare forze sufficienti per poi andarsene a celebrare

fuori della Clinica le feste natalizie. Ma intanto cresceva di nuovo l'ascite, e già misurava 80 c. a livello dell'ombelico. Di tratto in tratto veniva in campo qualche vomito, qualche dolore intestinale, e ricompariva qualche febbre saltuaria. Anche la tosse tornava a molestare il paziente, specialmente la notte. Inutile il dire che nei sintomi obiettivi del torace sinistro non era avvenuta nessuna modificazione.

Di questo passo tornavasi in mezzo a nuove e peggiori gravezze. Il ventre, sempre più teso, mostrava più numerose e tumide le vene sottocutanee; crescevano la difficoltà del respiro e quella della digestione. *Solo più tardi, aumentando la debolezza generale, si notò leggera succulenza agli arti inferiori ed allo scroto.* Si fece uso di qualche diuretico, e con questo vedemmo aumentare di poco le urine, che non diedero mai a conoscere la presenza di albume. Il paziente aveva acquistato una tinta più scura, provava de' brividi seguiti da febbre, che esaurivasi con sudore. Collo sputo cacciò qualche poco di sangue, che pare provenisse dalle coane, perchè prima s'era notato una leggiera epistassi.

Dicembre 22. Allo scopo di soccorrere in qualche modo alle incessanti sofferenze, rese anche peggiori dal carattere perverso dell'infermo, si praticò la seconda paracentesi. Si estrassero litri 8,200 di liquido come sopra. Si notarono le medesime modificazioni nel polso e nel respiro; si constatò nuovamente la durezza del fegato, si sentì bene l'ineguaglianza della sua superficie, ch'era sensibilmente granulosa, non che l'ingrossamento della milza.

Ma il paziente non ne riebbe il vantaggio di prima. Aveva una tinta cachettica; le mucose pallidissime; s'al-

ternavano incessanti le molestie della tosse, i vomiti, la inquietudine generale, i dolori intestinali e le scariche diarroiche. Le quali per la insistente presenza di elementi linfatici, per la frequenza loro attestavano, insieme coi dolori, che l'intestino doveva essere in condizioni ben più gravi di quella del semplice catarro e delle diffuse iperemie. *Degli edemi esterni non se ne vide più traccia palese*, se eccettui qualche succulenza ai malleoli e allo scroto. Per dare pace al paziente si fece qualche iniezione ipodermica di morfina. Più tardi cadde in sopore, e morì il giorno 9 alle 11 antim.

Necroscopia [1]). — Corpo piccolo, deforme da rachitide, con scoliosi sinistra e successiva cifosi. Denutrito, con pannicolo adiposo affatto scomparso. - Torace molto stretto ai lati, sporgente in avanti sulla linea mediana, quasi carenato. — Addome tumido, portante un disco di cerotto, segno evidente di pregressa paracentesi. *Lo scroto dal lato destro voluminoso, fluttuante per liquido che si trova anche lungo il cordone, per modo che colla compressione si può far salire il liquido lungo questo per il canale inguinale nell'addome, il cui anello si sente molto dilatato.*

Cranio dolicocefalo, con diploe ricca di sangue e perciò rossa. - Nel seno longitudinale poca quantità di sangue fluido. Incisa la dura madre sgorga molto liquido sieroso. Le vene superficiali degli emisferi turgide di sangue. Meningi chiazzate di macchie biancastre, specialmente nelle adiacenze dei corpi pacchioniani. Spazi subaracnoidei ripieni e distesi da liquido sieroso, perciò le anfrattuosità sono

---

[1]) Dal protocollo come sopra.

dilatate. Ventricoli laterali dilatati, pieni di liquido sieroso. Tela e plessi coroidei pallidi, imbevuti di siero. Sostanza corticale alquanto rammollita, molto lucente alla superficie di sezione, la quale per altro presenta una ricca punteggiatura. Le meningi facilmente svolgibili. Nulla di rimarchevole nei vasi della base e nel resto delle regioni cerebrali.

Torace. Polmone destro espanso e libero. Polmone sinistro deforme, impiccolito, aderente assai alla pleura costale per antiche e recenti pseudo-membrane dense e robuste, che si diffondono anche sulla pleura viscerale. Nella cavità pleurica circa 100 gram. di liquido tenue rossiccio. - Nella *trachea* molto muco rosseggiante, spumoso; la mucosa tumida e leggiermente rosea. — Il polmone sinistro è ridotto ad $^1/_4$ del suo volume primitivo; la pleura molto ispessita; la consistenza del polmone molto aumentata, segnatamente nella parte superiore che corrisponde al lobo superiore. Qui troviamo parecchi nodi, di cui il maggiore grosso quanto una nocciuola, costituito da sostanza caseosa gialliccia, a pareti spesse e d'apparenza tendinea. Nelle parti superiori crepita poco, alquanto di più crepita nelle inferiori, dalle quali sgorga liquido sanguinolento spumoso. Nei bronchi maggiori molto muco sanguinolento, mucosa tumida e rosso-scura. Nei bronchi medi e piccoli zaffi di muco gialliccio tenace. Il polmone destro crepita al taglio dovunque; di colore rosso chiaro nel lobo superiore, rosso-scuro nell'inferiore. Dalla superficie di sezione del lobo inferiore sgorga abbondante liquido sanguinolento e spumoso. Il parenchima disseminato da nodetti grigiastri, consistenti al tatto. Nei bronchi maggiori, nei minori e nella mucosa condizioni eguali a quelle del

sinistro polmone. - Il *cuore* piccolo, contratto; miocardio consistente. — *Aorta* piccola.

Addome. Nella cavità parecchi litri di liquido sieroso giallo e con qualche fiocco fibrinoso. Le pareti addominali ipotrofiche al punto da sembrare costituite dalla sola pelle. - *Fegato* deforme, piccolo, a superficie bernoccoluta, con vari solchi. Consistenza molto aumentata. Stride alla sezione, la cui superficie guardata di profilo si vede ineguale. È povero di sangue ed alla compressione presenta una durezza quasi lignea. In alcuni punti della superficie di sezione il parenchima appariva di colore bianco lardaceo. - Milza piuttosto voluminosa, con capsula tesa, lievemente ispessita; parenchima piuttosto consistente, di colore oscuro con trabecole distinte. - *Stomaco* vuoto, colla mucosa raggrinzata, ricoperto di muco denso e tenace. — *Intestini*: il *tenue* ha pareti contratte, è anemico, e sulla mucosa si vedono qua e là nodi della grossezza di un grano di frumento, di colore bianco tendente al gialliccio; molti a superficie uniforme, alcuni con una piccola soluzione di continuo centrale. Vi ha inoltre qualche chiazza ulcerosa di forma ovale, col suo grande asse disposto trasversalmente, a margini rilevati, tagliati a picco, anfrattuosi, duri, a fondo rosso-scuro, intercalato da piccoli solchi grigiastri. Sulle sierose corrispondenti a queste ulcere si hanno nodi bianco-lardacei, molti dei quali disposti in serie longitudinali. - *Crasso.* La mucosa che costituisce la valvola ileo-cecale è ispessita, come rosicchiata da soluzioni di continuo, irregolari, a fondo bruno-sporco con punti giallicci. La mucosa del crasso di colore rosso leggermente scuro, con piccole chiazze emorragiche. - *Reni* piuttosto piccoli, consistenti; la loro capsula si stacca con qualche

difficoltà. Sono lobati in guisa da ricordare il rene dei neonati, di colorito rosso-scuro.

Ottenni anche in questo caso la vena cava ascendente da esaminare colla voluta diligenza.

La porzione estratta dal cadavere misurava 17 c., sotto alle vene emulgenti 4 c.; aveva un calibro di 30 mm.; all'ingresso nel fegato di 35 mm.; allo sbocco delle vene sopra-epatiche di 39 mm. - All'esame della sua parete esterna e della interna non mi venne dato di osservare nè alterazioni di colorito, nè di spessore, nè di superficie - aveva tutte le apparenze normali. - Egli è certo che se si paragona il calibro della cava di quest'individuo con quello della cava normale, si potrà dire che il primo è di alquanto maggiore del secondo; quindi che la cava dell'individuo cirrotico è alquanto dilatata. Se non che, avendo avvertito discorrendo del primo caso, che trattandosi di circostanze non mai prese in esame conviene affermare solo quanto riesce evidentissimo e che si danno varianti individuali che non corrispondono esattamente alle medie degli Autori, così credo non si debba sottilizzare sopra qualche millim. in più, od in meno. Il fatto più importante per me consiste nella mancanza d'ogni traccia di lesione anatomica nella cava ascendente.

Concludendo sul caso esposto, posso affermare:

1. *Che la malattia del fegato iniziò e decorse senza quegli edemi esterni che nei casi precedenti fecero sospettare e diagnosticare la lesione della vena cava inferiore, quale complicanza della cirrosi epatica.*

2. *Che mancarono gli edemi esterni, malgrado la presenza di circostanze* (quella della pleurite) *che eleva-*

vano ad una misura insolita la pressione intraddominale, dalla quale quegli edemi si fanno dipendere.

3. *Che il grado di pressione intraddominale era fatto palese, oltre che da altri fenomeni clinici, da quelli della circolazione venosa, non che da quello relativo alla gonfiezza parziale dello scroto; che la detta pressione intraddominale era pure aggravata dalla concomitanza della pleurite sinistra e dalle condizioni discrasiche in progressivo aumento; e che quindi la mancanza degli edemi esterni dava dritto a ritenere:* primo, *che le condizioni ora accennate non valgono a produrre gli edemi esterni esse sole nella maggioranza dei casi*; secondo, *che la cava ascendente si mantenesse illesa.*

4. *Che effettivamente la vena cava in discorso presentava aspetto affatto normale, e per conseguenza venivano indirettamente confermati i rapporti già indicati fra le alterazioni funzionali e trofiche della cava e gli edemi esterni più volte ricordati.*

5. *Anamnesi.* — Nervo Domenica di 33 anni, narra come le morisse la madre dopo spaventosa emoftoe, e il padre sofferente da anni per tosse e affanno di respiro; amendue in età molto avanzata. Ebbe nove fratelli; tre perirono per malatie acquisite. - Domenica era di tutti più debole e gracile fin dalla sua prima infanzia. Cominciò assai tardi a camminare, ma non ricorda se per dolori agli arti o per semplice debolezza muscolare. Pare che a 12 anni principiasse ad avvertire cefalea, vertigini, ronzio d'orecchi, cardiopalmo. Non potè mai trastullarsi colle compagne, perchè troppo impari nelle forze muscolari. Dimagriva e di sera sopra tutto notava gonfiore alle estremità inferiori.

Subì parecchie cure invano; sperò nella comparsa della mestruazione, ma le toccò un altro disinganno, chè, tutto malgrado, lo stato suo non si modificava in nessuna maniera. Dovette per questo rifiutare la mano di qualche giovane che la richiese in isposa; per ciò a tutto il resto si aggiunse lo sconforto morale. Peggiorò col farsi lenta, penosa la digestione.

Arrivò così al 27.º anno di vita. Alle solite sofferenze si associarono il distendimento doloroso dell'epigastrio; un senso di stiramento all'ipocondrio destro, che estendevasi alla metà corrispondente del torace fino alla spalla; sete ardentissima che si accendeva col ritorno delle eruttazioni acide; borborigmi, stitichezza invincibile, doloroso il defecare; più tardi scialorrea profusa, epistassi sempre dalla narice destra. Finalmente le si gonfiò il ventre, e *contemporaneamente intumidirono per edema le inferiori estremità. – Entrò nella Clinica medica il 15 febbraio 1883.*

Stato presente. – Decombe preferibilmente sul lato destro colle gambe flesse sull'addome. Ha aspetto cachettico; la cute sottile, arida, con epidermide desquammantesi, di colore pallido lurido, specie alla faccia, alla fronte; pannicolo adiposo scomparso; muscolature flaccide, assottigliate.

Capo. Sensi specifici normali; le congiuntive bulbari iniettate; la mucosa delle labbra pallida; i denti male impiantati e in gran parte guasti dalla carie; la lingua larga rossa, umida.

Collo gracile; visibili il tragitto delle giugulari esterne, nonchè le pulsazioni delle carotidi. È visibile un mutamento della giugulare durante i due tempi della respira-

zione: nell'inspirazione si assottiglia e nell'espirazione ingrossa. – Si ascolta un soffio sulle carotidi in coincidenza col polso delle radiali.

Torace piccolo; le arcate costali sono sporgenti sul piano normale del torace, come se fossero aumentati di volume gli organi ipocondriaci. Mobili egualmente le due metà del torace; respiro costale superiore, breve, frequente. – La risonanza del torace anteriormente è normale; posteriormente ed inferiormente si trova un suono quasi timpanico. Dovunque si ascolta un respiro piuttosto aspro. Il *cuore* misura sulla base cent. 9; sul ventricolo sinistro 9,5; sul destro 14. – All'apice sinistro si ascolta il primo tono soffiante. Ascoltando mano mano sul ventricolo destro si sente più intenso, distinto, prolungato il soffio, che sostituisce interamente il primo tono. Sui focolai dell'aorta e della polmonale si sente trasmesso il soffio, però più intensamente sulla polmonale. Il 2. tono si ascolta più intenso sulla polmonale; non è per altro più accentuato di quello che si conviene allo stato normale.

Addome espanso e voluminoso: misura m. 1,15 di circonferenza a livello dall'ombelico. La cute del ventre a sinistra è *quasi asciutta* e sollevabile in pieghe, sebbene difficilmente; ma quella della metà destra è fortemente edematosa. A sinistra si vede una rete fitta di grosse vene sottocutanee, che si protende sul torace, e specialmente all'ascella del lato corrispondente; a destra tutto ciò non è visibile, colpa l'infiltrazione edematosa. – L'ombelico sporge a mo' di vescica; a pareti sottili, trasparenti, che permettono di scorgere il contenuto sieroso, come succede nell'idrocele. Col taxis si fa avvizzire la vescica, e si può insinuarla per entro l'apertura ombelicale,

Spiegazione delle Figure

Fig. 1. Vena cava inferiore la cui tonaca esterna era molto ispessita ed iperemica; i vasi avevano insolito sviluppo, come si vede in *a*. La iperemia era massima nella porzione soprastante alle vene emulgenti *b*.

Fig. 2. Superficie interna di una vena cava inferiore, dove si osserva in *a* due coaguli fibrinosi, longitudinali, aderenti alla parete del vaso. Quello di un lato si inoltrava in una vena emulgente *b*, il cui foro di sbocco era di forma quasi lineare, e non rotondeggiante come di regola, perchè le sue pareti erano avvicinate, o meglio, saldate tra loro nel tratto percorso dal ricordato coagulo fibrinoso.

Fig. 3. Superficie interna di una vena cava ascendente. Nella parte inferiore della figura si vede un rialzo triangolare costituito da essudato per endoflebite. Questo essudato *di aspetto spugnoso* molle, aderente, costituito di striature fibrinose e granulazioni, entro cui stavano annidati molti corpuscoli bianchi. Allontanato dalla sua sede, si scopriva una vera soluzione di continuità, o meglio, una ulcerazione che si approfondava nella tonaca media.

Fig. 4. Rappresenta una vena cava ascendente a pareti ipertrofiche. Si vedono le colonne muscolari straordinariamente ingrossate.

Fig. 1.

Fig. 2.

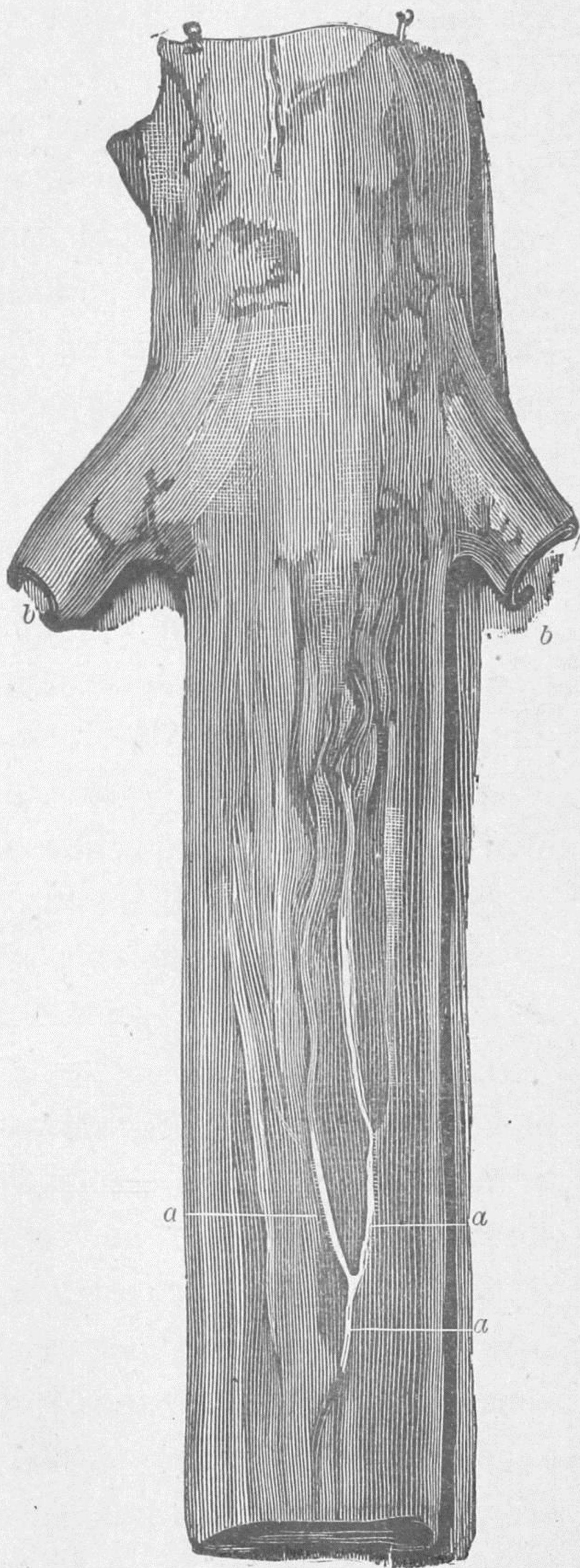
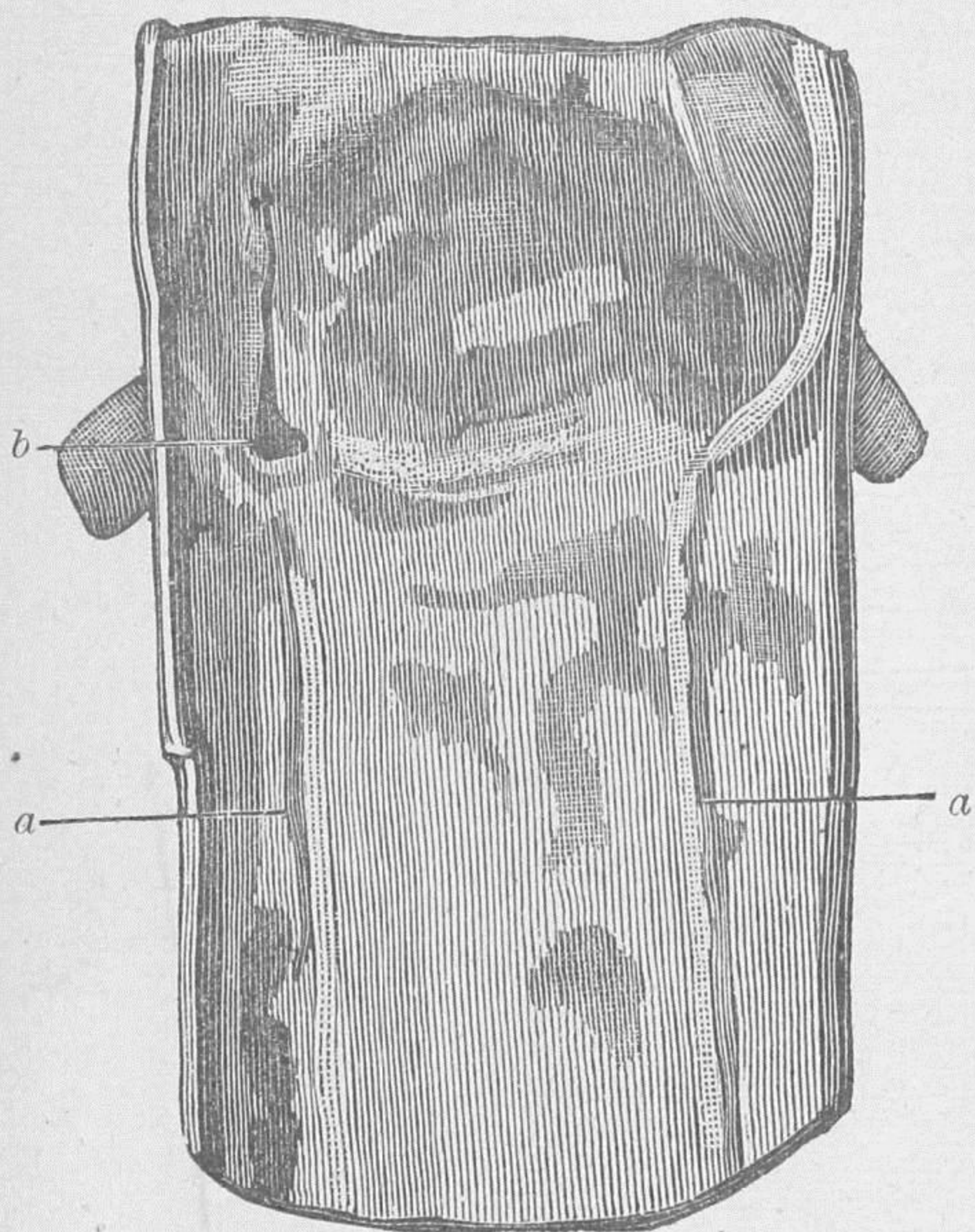
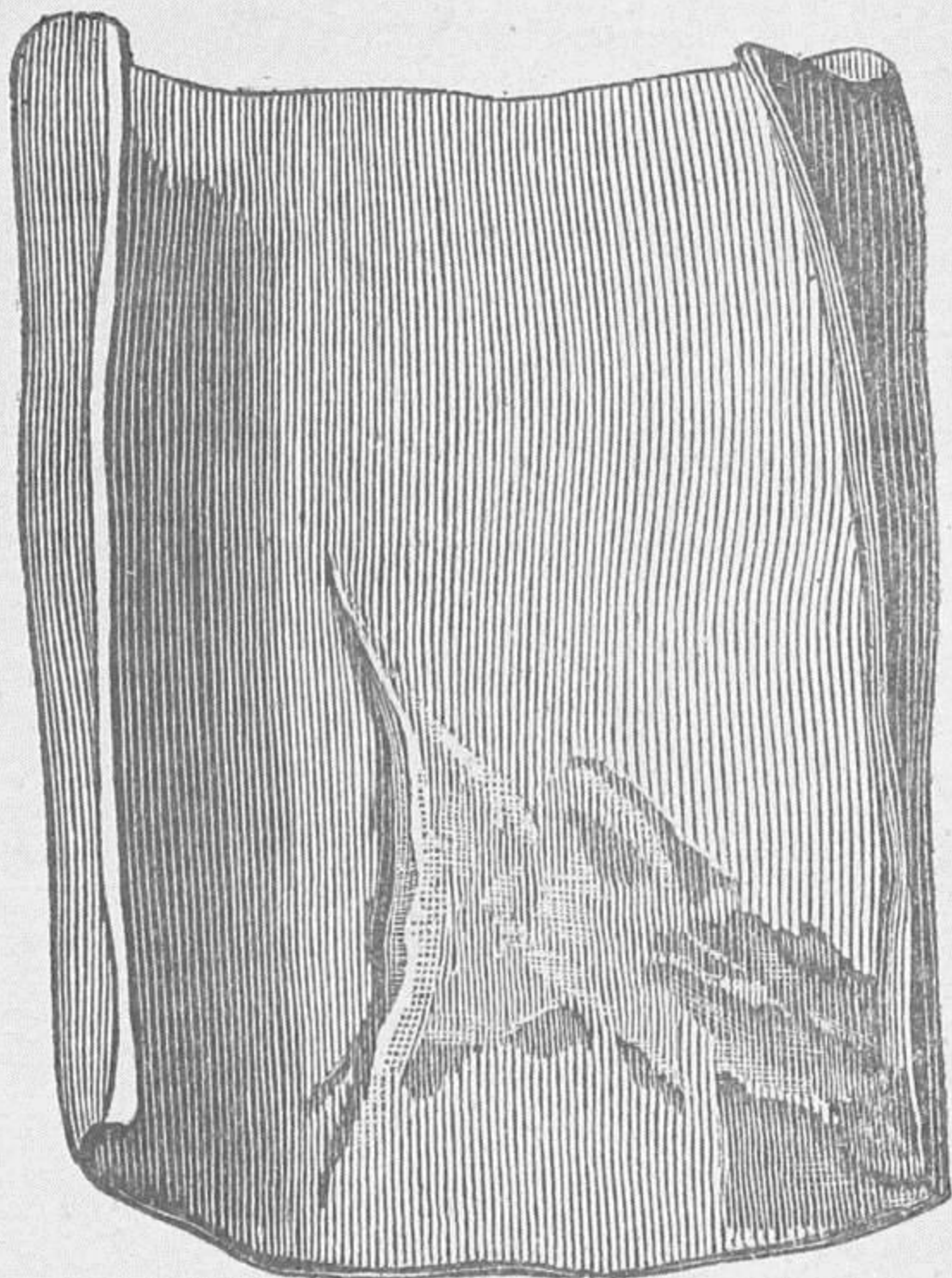
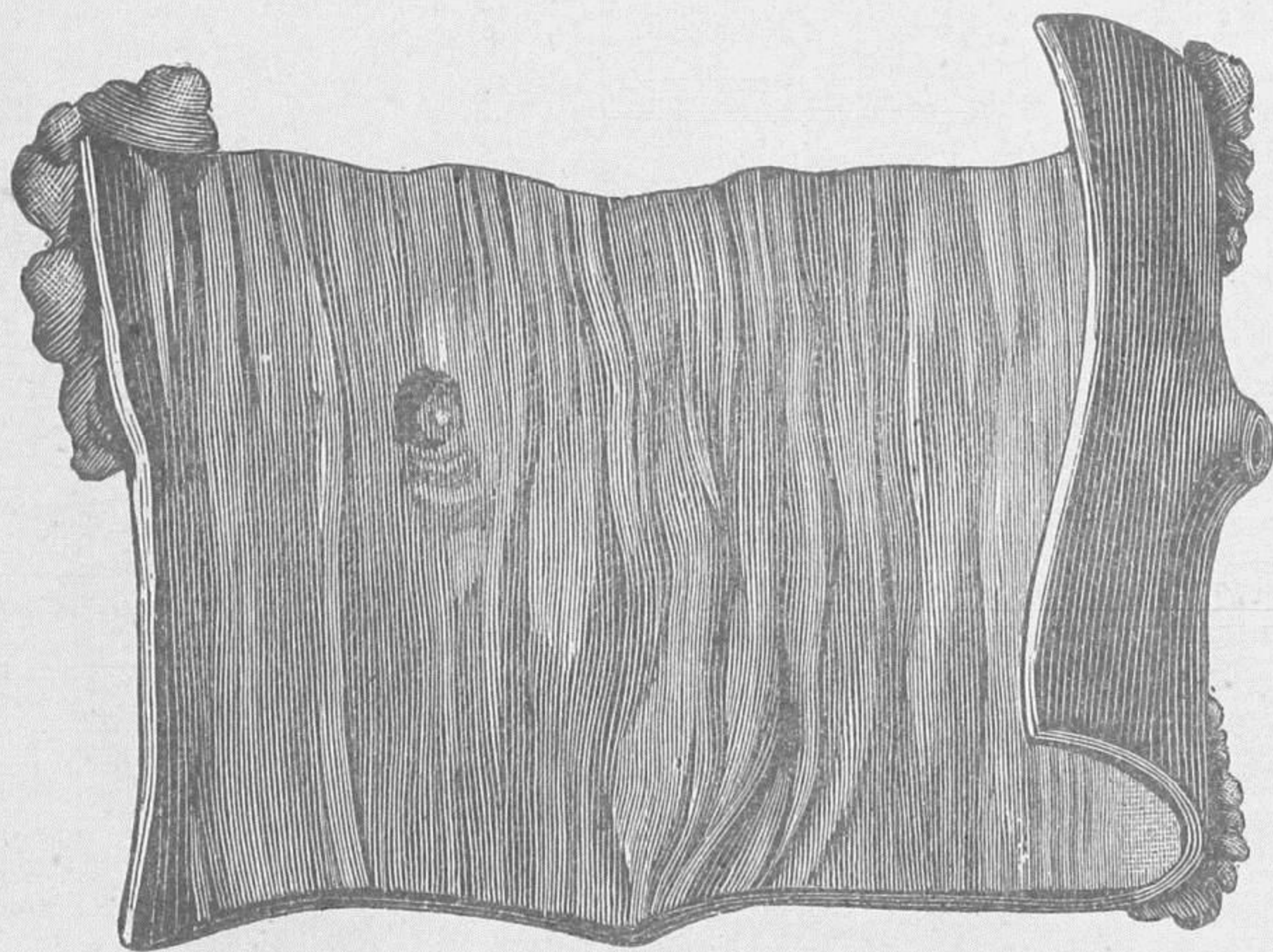
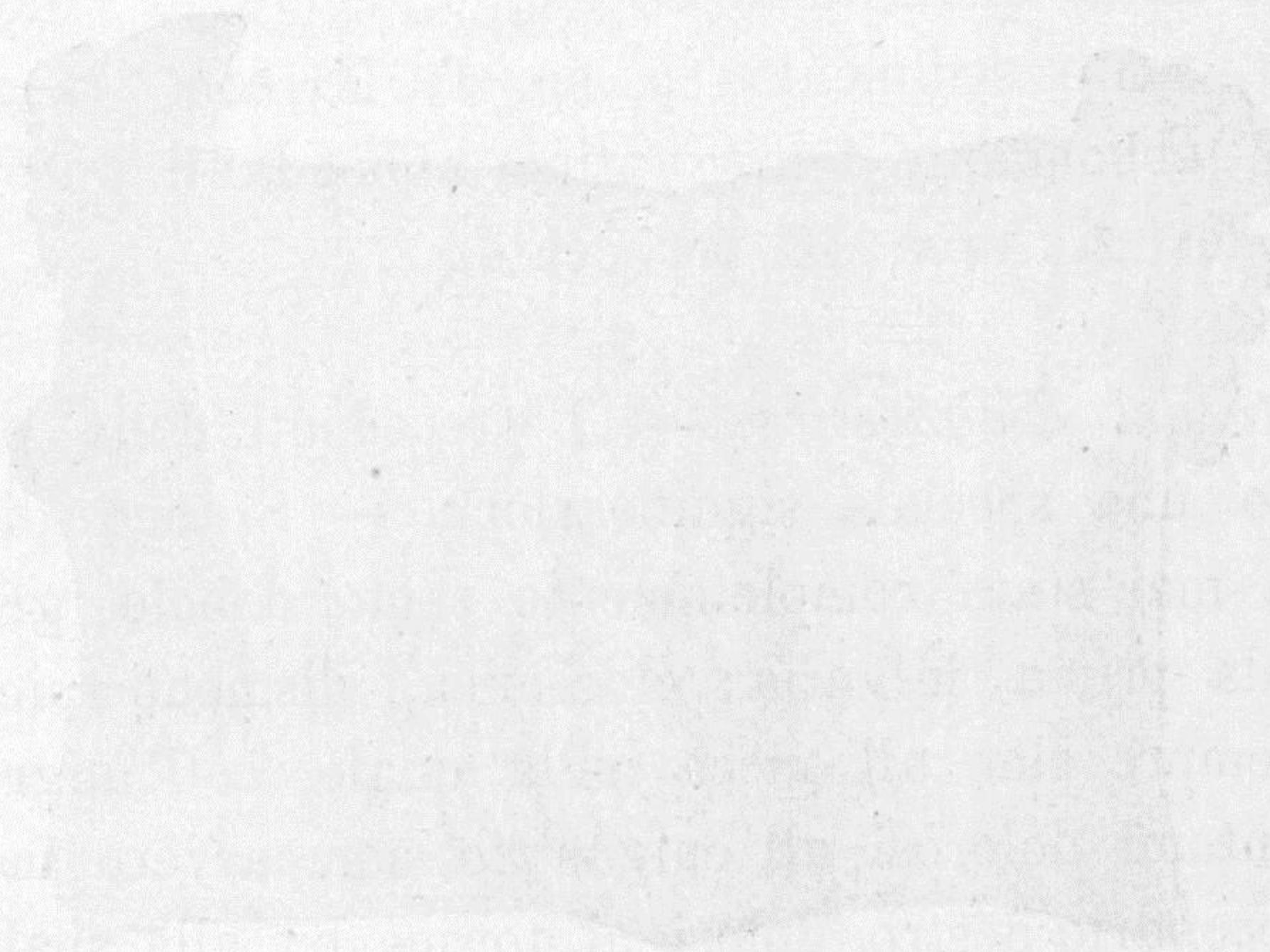
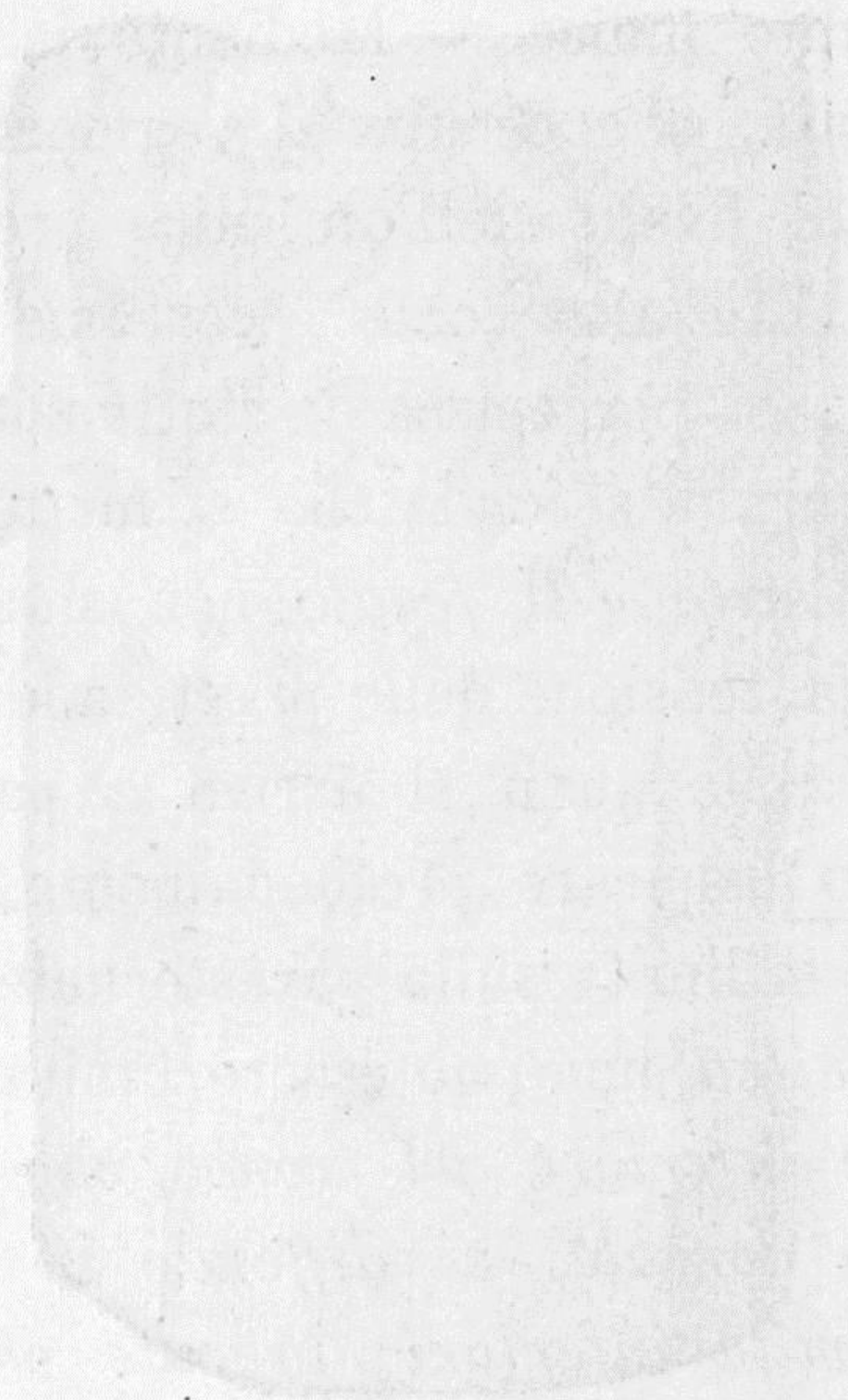
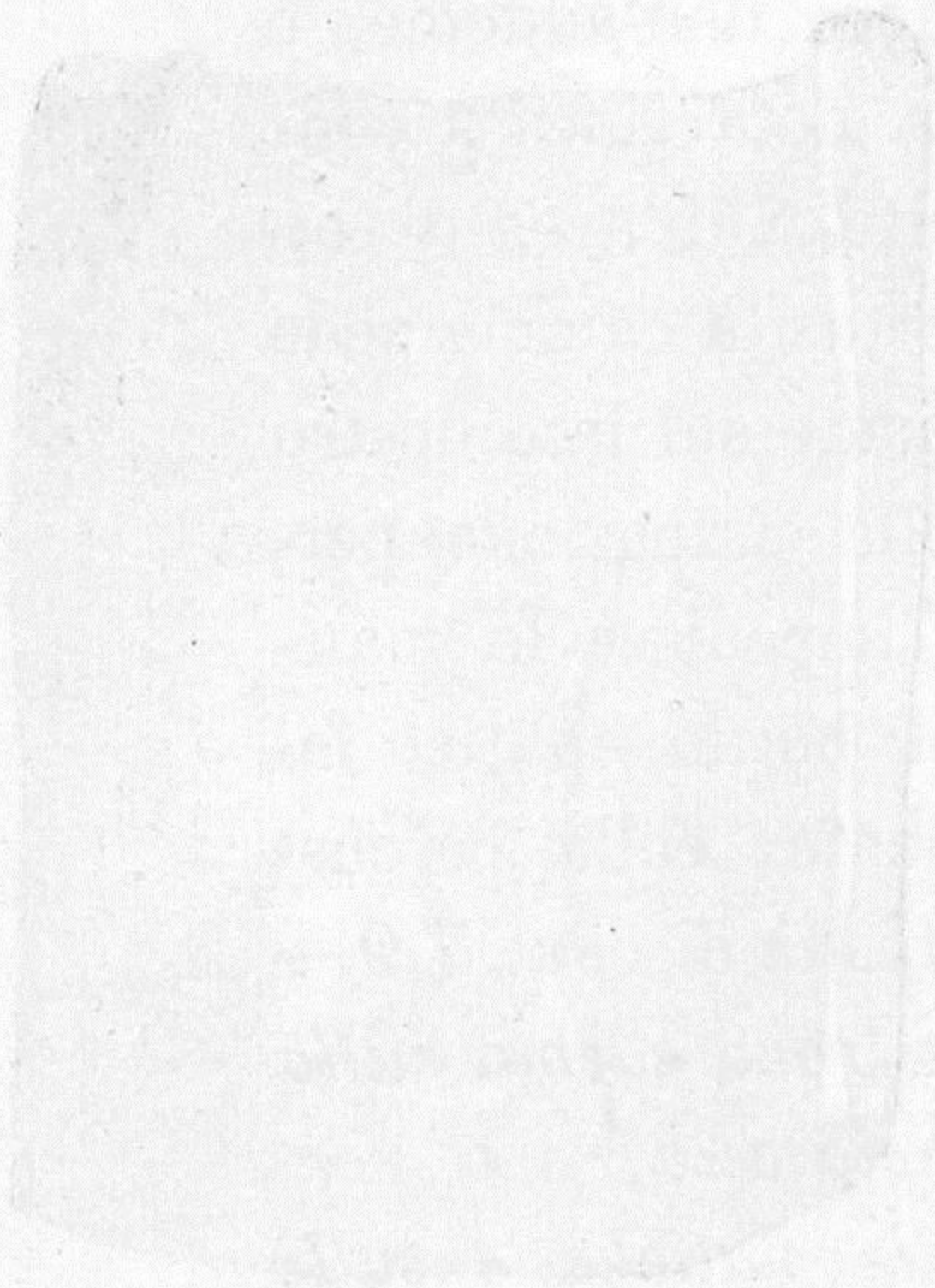
Fig. 3.

b

a

a

Fig. 4.

P. BERTRAND Xil.

che è rotondeggiante e larga da permettere l'introduzione del dito indice. - Mediante la percussione si limita una ottusità, che occupa il segmento inferiore dell'addome, e che al livello dell'ombelico presenta la nota linea a concavità in alto come è costume dell'ascite. Sull'area di ottusità si percepisce la fluttuazione. L'ottusità cambia sede e figura a seconda che si mette la paziente sul lato destro o sinistro. - Il *fegato* non si sente colla palpazione, perchè la tensione delle pareti addominali impedisce le manovre colle quali si arriva a palpare il bordo epatico facendo inspirare profondamente la paziente; colla percussione si limita sulla parasternale una ottusità di cent. 7,9.— La *milza* non può essere limitata. - *Si trova edema sulla parte inferiore del tronco, che incomincia alla nona vertebra dorsale, si diffonde in giù sulle natiche e sulle estremità inferiori; la cute che ricopre queste parti, è fortemente tesa. La parte superiore del tronco e le estremità superiori sono completamente asciutte.*

Le *orine* nella quantità di 950 c, c., acide, di colore giallo-paglia, senza sedimento; p. sp. 1,016 con traccie di albumina, abbondante l'uroxantina, abbondanti pure i solfati ed i fosfati; urea 16 per cento.

Elementi del diagnostico. — I precedenti della paziente hanno una speciale significazione. — Si può dire che non sia mai stata completamente sana; debole, gracile fin dalla prima infanzia; cloremica, dismenorroica, dispeptica sempre sino all'epoca nella quale, coll'aggravarsi dei sintomi dolorosi all'epigastrio, comparvero molestie all'ipocondrio destro, dolori al torace ed alla spalla corrispondente, gonfiore di ventre e tutti gli altri feno-

meni accennanti palesemente ad uno stato morboso della glandola epatica.

Quivi non abuso di cibi, nè di bevande, non infezione miasmatica, non lue sifilitica; insomma difetto assoluto di ogni elemento causale cui si suole attribuire la insorgenza della cirrosi del fegato, che già sfoggiava i suoi sintomi più caratteristici.

Per la qual cosa nasce il pensiero, che la malatia attuale rappresenti probabilmente null'altro che un effetto delle condizioni particolari, per le quali la paziente, come vedemmo, visse ognora malaticcia e sempre più sofferente. — In altre parole dirò, che gli elementi eziologici dovevano essere indagati nel complesso costituzionale, o morfologico, della paziente, non nell'ordine delle cause esteriori.

Non mi tratterò a dimostrare ciò ch'è evidente, cioè che i sintomi in corso dovevano essere riferiti alla insorgente alterazione del fegato; ma stimo del caso commentare la sua patogenesi, analizzando i già ricordati ed interessanti precedenti dell'ammalata.

Credo appormi al vero se ammetto, che possono essere considerati nel loro insieme sotto due punti di vista: — come espressione di una viziatura congenita del centro circolatorio, e come indizio di affezione cardiaca acquisita; a seconda che si voglia tener conto di tutto ciò che è detto dello stato generale dell'inferma dalla sua infanzia in poi, oppure dal suo dodicesimo anno, quando si manifestò il cardiopalmo, o per dir meglio, quando, a memoria dell'inferma, principiò ad avere la conoscenza empirica del fenomeno che altri tanti accompagnava, e che indicò col nome di palpitazione.

Tutto ciò è reso più che probabile quando si rammenti quello che s'è constatato nel centro della circolazione mediante l'esame obbiettivo: – un'area di ottusità cardiaca maggiore del normale e rumori endocardici.

Laonde, volendo per un momento arrestarci alle accennate nozioni generiche, indeterminate, ma certe, potremmo sin d'ora stabilire, che vista la continuità dello stato morboso della paziente (– dalla prima infanzia fino all'epoca attuale –) la sofferenza epatica ultimamente sviluppatasi con sintomi che già conosciamo, affettava tutte le parvenze della *cirrosi cardiaca*.

Io credo, che mancando assolutamente ogni altro momento causale della cirrosi, dovesse acquistare anche maggiore interesse la ricerca più esatta delle condizioni relative al centro circolatorio. Perchè, nella stessa guisa che dalla conoscenza degli effetti si arguisce la causa e viceversa, così avendo una malatia epatica indipendente dalle solite cause, ma solita ad originare anche dai guasti del centro cardiaco, mentre sarebbe stato necessario supporre la precedenza di questi, acquistavano valore clinico singolare gli indizi che se ne erano raccolti.

Però dal concetto generico, indeterminato mi condussi ad un altro più concreto e preciso attraverso i seguenti riflessi:

1.° La paziente in tutti i suoi precedenti esprime un modo di nutrizione insufficiente, di debolezza e di sofferenza generale, come si osserva in individui che portano qualche anomalia congenita nel centro circolatorio.

2.° In vero, cresciuta negli anni, come avviene in casi consimili, si rende più palese l'incompetenza delle funzioni cardiache, non avendo mai incontrato veruna di

quelle infermità che sogliono essere complicate frequentemente (reumatismo poliarticolare), oppure sogliono essere seguite, sebbene raramente,da alterazioni cardiache (malatie infettive in genere).

Questi due riflessi mi davano diritto a conchiudere, che *la condizione cardiaca precedente l'affezione epatica non fosse acquisita.*

I dati plessici del cuore chiaramente parlavano per la *dilatazione del cuor destro*; anzi valutando i centim. 14 del ventricolo destro in rapporto colle altre dimensioni, risultava trattarsi veramente di una *straordinaria dilatazione*, tanto più che la paziente non aveva che centim. 150 di altezza scheletrica e musculature sottili e gracili.

Se la esistenza dei soffi, la sede, il carattere, la diffusione loro dessero nozioni precise sul genere della congenita viziatura cardiaca, avrei potuto più proficuamente discutere il diagnostico; ma presentendo di non potere giungere ad una completa dimostrazione clinica colla scorta loro, mi limitai alle seguenti proposizioni: — Ammetto la dilatazione del cuore destro, perchè ne ho la prova dalla percussione; – ammetto che sia *congenita*, perchè lo indicano i precedenti della paziente, e perchè può darsi la congenita dilatazione del cuore destro tanto esistendo la stenosi, o l'atresia della polmonale [1]), quando come effetto di non adeguato sviluppo della polmonale, giusta ciò che insegnano sopratutto le ricerche morfologiche in rapporto coi morbi costituzionali [2]). Ed aggiunsi, che es-

---

[1]) *Taruffi.* Sulle malattie congenite e sulle anomalie del cuore. Bologna 1875, Art. XII, pag. 264.

[2]) *Beneke.* Die anatomischen Grundlagen d. Constitutionsanomalien. Marburg 1878, pag. 50 e seg.

sendo i sintomi attuali quelli della cirrosi epatica, non già quelli di uno stato avente le parvenze del vizio cardiaco, parevami che nel caso nostro si dovesse ritenere più probabile una condizione congenita più atta ad aggravare nel modo che offriva la nostra paziente, la idraulica del sistema venoso. Tanto più che, attenendomi ai fatti clinici svoltisi e persistenti, poteva sostenere, che atteso la dilatazione congenita dal cuor destro veniva abitualmente ostacolato il deflusso della cava inferiore, quindi tenuta questa vena e le confluenti in abituale stato di maggiore tensione, quindi nel fegato le stasi e in fine il processo infiammatorio interstiziale, e nel dominio della cava gli edemi.

La diagnosi adunque venne così formulata: — *Dilatazione congenita del cuore destro, cirrosi epatica e dilatazione della vena cava ascendente.*

Prima di chiudere le mie considerazioni diagnostiche ho dovuto toccare un altro argomento, sul quale mi corre obbligo spendere alcune parole anche qui, perchè lo esige il compimento diagnostico ed una fatta promessa.

Oggi è facile leggere storie di malatie epatiche nelle quali si ricerca la dilatazione del cuore destro, col relativo soffio della tricuspidale. Si sa che si attribuisce questo sconcio cardiaco alla influenza esercitata dalla morbosa condizione del fegato: e si sa pure che a spiegare ciò si produssero opinioni ed esperimenti più o meno attendibili, ma insufficienti.

Si disse che dell'alterazione secondaria del cuore era causa l'itterizia; ma si oppose che la stessa alterazione cardiaca poteva riscontrarsi anche nei casi dove manca l'itterizia. – Si accusò il dolore epatico, massime consi-

derando che talora si hanno fenomeni dolorosi diffusi al plesso cervicale, al plesso bracchiale, insieme con sintomi di alterata funzione del cuore; ma venne osservato, che anche il dolore può mancare quando i sintomi cardiaci sussistono e viceversa. – Si pensò alla distensione del ventre, ed anche per questa valsero gli argomenti suaccennati. — Si congetturò e si dimostrò sperimentalmente che, data una irritazione epatica, hanno luogo fenomeni nervosi riflessi nei nervi vaso - motori del simpatico, per mezzo dei quali si costringono i capillari nel dominio della polmonale, d'onde l'ostacolo circolatorio in questo e la conseguente dilatazione del cuore destro. Ma riflettendo alquanto a ciò, presto si comprende, che non può dare la spiegazione esatta di tutti i fatti osservabili nella clinica.

Prima di tutto non so comprendere come possa darsi così forte ed estesa costrizione dei capillari del polmone, senza produrre qualche fenomeno dispnoico. — In secondo luogo, non si può comprendere come in altri casi di malatia del fegato non si verifichi veruna dilatazione del cuor destro, ed invece si constatino giornaliere oscillazioni nell'area cardiaca, quali si danno anche in altri casi morbosi. — Terzo, non si spiega perchè qualche volta si trovi una dilatazione del ventricolo sinistro e soffio della bicuspidale.

Io mi sono fatto una opinione propria, e l'ho già espressa nel 1880 riassumendo il frutto delle mie osservazioni [1]). – A produrre le anomalie della funzione

---

[1]) *De Giovanni.* Fatti concernenti la patologia del cuore e del ventricòlo. — Giorn. *internazionale* ecc.. Napoli 1880.

cardiaca nei casi morbosi che si contemplano, concorrono più elementi. Il torto di chi teorizzò in proposito, è d'essere stato unilaterale. - V'ha un elemento dinamico, e sono gli atti nervosi riflessi che ponno derivare dalle irritazioni gastriche ed epatiche, e che sono per intensità e diffusione differenti a seconda degli individui e del processo morboso. - Finalmente v'ha un elemento morfologico, costituito dallo sviluppo del cuore proporzionato, o no, al resto del sistema vasale.

Si vorranno negare forse gli effetti che sulla circolazione esercita il distendimento del ventre, per cui scema la ventilazione polmonale, si sposta più o meno il cuore, s'accrescono le resistenze che deve vincere? - Si negheranno gli atti riflessi, per i quali non solo può essere influita la funzione dei capillari, ma quella medesima del cuore? — Si negherà che il cuore possa essere nei diversi individui più o meno proporzionato ai compiti fisiologici, più o meno valido, più o meno deficiente, e possa essere tale piuttosto in una sua parte che nell'altra?

Da una buona serie d'anni studio il modo di comportarsi del cuore in ogni individuo, e sempre più mi convinco essere contrario al buon indirizzo fisiologico il trarre la spiegazione dei fatti morbosi da un solo elemento. Mi sono convinto, che tutti insieme concorrono, sebbene in varia misura a seconda dei casi, come son convinto, che nel caso del quale mi occupo specialmente, la distensione dell'addome (elemento meccanico) arriva ad esagerare le imperfezioni del cuore (elemento morfologico).

Per questo opino, che nella nostra paziente quella eccezionale dilatazione del cuore rappresenti un fatto primigenio ma aggravato dalle ultime condizioni morbose. Se

ciò non fosse, avrebbe provato, prima della sua malatia attuale, i fenomeni più chiaramente parlanti dell'atresia o della stenosi della polmonale, mentre non si può ammettere nella nostra paziente se non quello che si sa trovarsi in alcuni soggetti deboli e malaticci, cioè il cuor destro più largo in proporzione del sinistro, e per conseguenza più facili a sentire gli ostacoli che si oppongono all'esercizio del diaframma e della respirazione.

Quando in altro luogo asseriva che l'osservazione di *Potain* e seguaci non è completa, e che la teoria accampata per la spiegazione del fatto clinico è insufficiente, mirava appunto a questo che ho qui brevemente esposto, e che credo corrisponda alla verità delle cose. Una prova clinica verrà data nel riassunto del diario.

Dopo ciò alla diagnosi sovra esposta aggiungeva, che *la dilatazione del cuore destro era esagerata dalle condizioni addominali.*

Un fatto di mia esperienza mi aveva dimostrato, che quando esistono imperfezioni organiche nel cuor destro, il fegato è esposto a diuturne e notevoli alterazioni idrauliche, per cui non solo partecipa delle conseguenze del vizio cardiaco, ma si dispone a più marcate e speciali sofferenze. La importanza del caso mi incoraggia a brevemente ricordarlo in questa occasione.

Un ragazzo di 15 anni, iniziato alla professione di fabbro-ferraio in Padova, venne accolto nella Clinica medica per sofferenze cardiache, che portarono alla diagnosi di *insufficienza e stenosi mitrale* successive ad endocardite acuta da causa reumatica. Ma la sintomatologia reclamava qualche altra considerazione; — invero, dopo i primi esperimenti terapeutici si videro mitigate le soffe-

renze generali del paziente, riordinata sufficientemente la circolazione, ma persistente il turgore epatico come non è dato vedere nei casi consimili ordinari. Il perchè io posi innanzi un' altra tesi diagnostica in questi termini: il fegato, irriducibile e duro quale si presenta, esprime una condizione morbosa in esso avveratasi e complicante la viziatura cardiaca, oppure non è altro che una conseguenza della stasi venosa? - Nel primo caso, d'onde e quale la malatia complicante? — Nel secondo, perchè deve in modo straordinario trasmodare la stasi epatica?

Le considerazioni che allora ho svolte, mi indussero nel sospetto che nel paziente, oltre la malatia del cuore acquisita, esistesse qualche fatto congenito che non poteva precisare, ma che successivamente rendevasi sempre più probabile.

Molte e gravi furono le vicende che superò il paziente e quelle che specializzano il caso, furono queste: - Ogni volta che per qualche causa si sconcertava l'azione del cuore, il fegato preannunziava l'avvenimento col suo rapido ingrandimento; anzi posso dire che l' esame del fegato rendeva esatta cognizione della funzione cardiaca prima che l' infermo ne avesse qualche molestia. Il fegato poi non solo estendeva i confini suoi, ma *si abbassava in modo che alcune volte si riusciva ad insinuare la mano tra il costato e la sua superficie superiore.* S'intende che questo fenomeno si associava colla albuminuria e coll' edema delle estremità inferiori, *non coll'anasarca,* perchè l'edema nei primi tempi od il maggiore edema degli ultimi si vedeva sulle estremità inferiori, sulle pareti addominali e sulla parte inferiore del tronco. - Un giorno fummo sorpresi da un altro fenomeno che s'era associato

ai precedenti: vedemmo le estremità inferiori sparse di macchioline rosse, qua rare, là confluenti, che poscia si estesero fino all'epigastrio. Scomparvero prestamente, e riapparvero dopo alcuni giorni con altri sintomi di aggravamento. Queste macchie somigliavano a quelle della porpora, ma ne differivano, perchè la loro presenza, come la loro scomparsa, era legata ad un altro fenomeno vascolare, consistente in una espansione della rete venosa sottocutanea per cui la cute acquistava un aspetto speciale; si vedeva il turgore delle più piccole vene succutanee appariscenti pel colore bleuastro caratteristico ed insieme le macchie sopra descritte.

In mezzo a tutte queste vicende il paziente si aggravava in un modo, che il maggior numero e la maggiore intensità delle molestie e dei dolori gli venivano dagli organi addominali: il dolore al fegato, la gonfiezza dell'addome, i dolori alle reni, che talora insorsero così repentini e fieri da generare il sospetto di infarti emorragici renali. Intanto sempre più si confermava per me il giudizio che oltre il vizio cardiaco suaccennato dovevano aversi altre circostanze anatomiche nel ventricolo destro, da cui prendeva ragione di essere la singolare sintomatologia.

Alla necroscopia fu constatata la stenosi ed insufficienza dell'orifizio auricolo-ventricolare sinistro. L'apice del cuore era formato tutto a spese del ventricolo destro fortemente disteso. La valvola tricuspidale costituita di una unica membrana disposta circolarmente, nella quale non possono essere distinti i relativi battenti (dal Protocollo delle sezioni, 7 Luglio 1881). Io conservo questo pezzo anatomico, del quale in altra occasione mi occuperò este-

samente; qui bastami riferire, come la eccezionale forma della tricuspide dimostri essere coesistita col vizio cardiaco acquisito come circostanza congenita, la quale, dato pure che non generasse una insufficienza valvolare destra prima dell'insorgenza della affezione cardiaca, dopo questa, per il turgore del ventricolo destro e la distensione della sua cavità, deve facilmente essersi manifestata con alcuni suoi fenomeni, difficoltando in modo singolare lo scarico della cava ascendente e producendo i sintomi epatici e quelli della circolazione delle estremità inferiori.

Riassunto del diario. – Febbraio 16. Nel primo giorno di degenza della paziente nella Clinica la dispnea s'accrebbe notevolmente; le orine si conservavano assai scarse, ed aumentava il gonfiore del ventre, che procurava sì grave molestia da essere indotti a praticare la paracentesi; ogni altro trattamento eccitante, interno ed esterno, non recava verun giovamento. Il polso era a 132, la temperatura a 37°,6, il respiro a 28 e debole. Le giugulari esterne erano assai tumide; la mucosa delle labbra diventava cianotica ad ogni movimento che tentasse eseguire la paziente.

Colla paracentesi si estrassero litri 15,600 di siero limpido, di colore giallo-citrino. — Dopo l'operazione era così mutato l'aspetto e lo stato generale della paziente, che pareva ogni suo male dipendesse dalla tensione del ventre. Fasciato il ventre e lasciata l'inferma per breve ora in riposo, si praticò nuovamente l'esame obiettivo sul cuore e sul fegato.

Sul cuore trovai uno straordinario mutamento ne' suoi diametri; misurava centim. 7,9 alla base, 8,5 sul ventri-

colo sinistro, 11,5 sul destro. — All'ascoltazione non si udiva che un solo soffio in corrispondenza del focolaio della polmonale.

Il margine superiore del fegato riposava nel luogo dove era già stato riscontrato nel precedente esame; ma colla palpazione si sentiva l'inferiore un po' più abbassato, duro e grosso; trasversalmente si estendeva a sinistra sino a toccare la milza, la quale era pure discretamente ingrandita. — Era scomparso il turgore delle giugulari, e la paziente poteva muoversi e tenere qualunque posizione, lodandosi del generale benessere.

Non può sfuggire un fatto che si riferisce al cuore, intorno al quale ho dianzi discorso con qualche estensione. - È notevolissima la riduzione di tutti i suoi diametri dopo l'estrazione del liquido ascitico. Io credo che con ciò si dimostri eloquentemente la parte che si deve attribuire alla distensione del ventre nel modificare la funzione e la ottusità del cuore *nel caso concreto*. — Tuttavia questo serba proporzioni tali nel ventricolo destro, che messe in rapporto con quelle della base e del ventricolo sinistro, si deve sempre conchiudere, che il ventricolo destro è largo più che non si convenga. Di più merita menzione l'essere scomparso il soffio che ascoltavasi sulla tricuspidale, rimanendo quello che già preesisteva sul focolaio della polmonale.

Ragionando sui dati raccolti, devo concludere, che il cuore destro, meno per l'ampiezza e più per la presenza del soffio sul focolaio della polmonale, accennava alla probabilità di quella tale condizione congenita ammessa nella diagnosi; mentre per la scomparsa del soffio sulla tricu-

spidale segnalava la efficienza del distendimento del ventre nella manifestazione de' fenomeni cardiaci che insorgono nel corso della cirrosi *in certi individui*. - Cosi confermava pienamente la diagnosi, e raccoglieva un nuovo fatto a dimostrazione de' miei concetti intorno alla influenza delle malatie del ventre sul cuore.

Febbraio 22. Dopo la paracentesi la emissione della orina salì fino a 1200 c. c., di colore giallo-pallido, meno acida, del p. sp. 1,015. senza albumina, con diminuzione di urofeina, di fosfati e di solfati. — Nei giorni precedenti s'era prescritto qualche polvere di *Frank*, ed un infuso di digitale. Le prime contribuirono a promuovere qualche deiezione alvina, che poi si fece diarroica; il secondo non fu tollerato, e si prescrisse quindi una semplice mistura eccitante. - Dalla ferita della paracentesi gemeva sempre qualche poco di siero, ma altro se ne raccoglieva in cavità, e principiava a manifestarsi nella paziente qualche nausea, qualche doloretto di ventre, e la notte del 21 al 22 fu inquieta e febbricitante (la temperatura massima a 39°, 1 c.). - Al cuore incominciavano a modificarsi nuovamente le cose; si notò un leggero aumento nella metà destra e la comparsa del soffio sulla tricuspidale. — Venne prescritta una soluzione di chinino ed una limonea gommosa per moderare le scariche diarroiche. *Gli edemi esterni di molto diminuiti.*

Febbraio 27. In pochi giorni le sofferenze dell'ammalata vennero aggravandosi e sempre più accompagnate da abbattimento generale, che andò fino al collasso. L'ascite non aumentò guari, perchè lo stillicidio dalla apertura fatta continuò sempre e si fece anche abbondante; ma il

ventre tutto s'era fatto dolente e meteorico da generare il sospetto della peritonite. – Al cuore furono riscontrate le stesse cose surricordate. — Un giorno (il 25) di buon mattino l'ammalata si trovò tutta molle nelle biancherie, e la suora infermiera notò che usciva siero da una apertura spontaneamente fattasi attraverso l'ombelico. Ciò deponeva alla sua volta per l'esistenza della peritonite. Crescendo il collasso, la paziente cessò di vivere.

Necroscopia [1]). — Corpo denutrito, pallido, rigidità cadaverica persistente. Addome ampio, fluttuante; la cicatrice ombelicale trasformata in una vescica a pareti piuttosto grosse, della grandezza di un piccolo arancio, se fosse ripiena; nel mezzo della stessa una lesione di continuo, di forma triangolare, avente in prossimità ad un angolo un foro ampio da contenere un pisello, che mette nella cavità della vescica, la quale è tappezzata da un essudato fibrinoso. - Le estremità superiori asciute; le inferiori leggermente edematose.

Capo. Cavità craniale dolicocefala, a pareti compatte; nel seno longitudinale poca fibrina coagulata e siero; nel sacco aracnoideo poco siero limpido; meningi interne edematose, con vene turgide nelle parti posteriori per ipostasi. Nel cavo occipitale molto siero; nel ventricolo laterale circa un cucchiaio di siero limpido; plessi coroidei pallidi, sostanza del cervello anemica, edematosa; del resto nulla di particolare.

Collo. Glandola tiroidea grossa, iperemica. Nella tra-

---

1) Dal protocollo come sopra.

chea appena traccia di muco denso; la mucosa alquanto arrossata, massime nella porzione membranosa.

Torace. L'aia cardiaca più larga del solito, essendo il polmone sinistro più allontanato dalla linea mediana. Nel *pericardio* circa 25 grammi di siero. Il *cuore* estremamente flaccido a destra, quasi contratto a sinistra. Sulla faccia anteriore di ambedue i ventricoli una chiazza tendinea della grandezza di 5 franchi. Nella cavità sinistra poco sangue lassamente coagulato; l'endocardio arrossato da ematina. Nell'atrio destro un grosso coagulo pressochè tutto formato da fibrina molle; anche l'endocardio delle cavità destre arrossato come il precedente. Il ventricolo destro fortemente dilatato; le pareti molto assottigliate; il tessuto muscolare in parte sostituito da grasso. Il foro atrio-ventricolare destro ha la circonferenza di 110 m. m. La circonferenza della polmonale alla base delle semilunari è di 90 m. m. Nell'aorta e sue valvole nulla di particolare. — Amendue i *polmoni* con qualche aderenza alle pleure costali di data antica. Il parenchima crepita ovunque; molto sangue nericcio e denso nelle parti posteriori e nelle vene maggiori. La mucosa dei bronchi arrossata, coperta di mucosità viscide, rossiccie.

Addome. Nella cavità sette litri e mezzo di liquido torbido, d'aspetto simile alla birra, schiumoso, commisto a fiocchi di fibrina. Tutti i visceri dell'addome appiccicati fra loro e colle pareti addominali da briglie di fibrina di varia lunghezza. Dalla cavità addominale attraverso un pertugio accessibile ad un consueto specillo si giunse in quella borsa che notammo nell'esame esterno fatta della cute nel luogo dell'ombelico. — *Fegato* ingrandito, tocca il margine superiore della milza, tutto coperto

da essudati fibrinosi. Il suo peso è di Kig. 1,150; la glissoniana ispessita, bianchiccia, qua e là retratta a cicatrice. La superficie del fegato ineguale per grosse sporgenze ad avvallamenti; la superficie inferiore disseminata pure da sporgenze più piccole e rotonde. Considerevole è la consistenza del tessuto epatico, e se poco appariscenti sono le granulazioni all'esterno, appaiono spiccate alla superficie interna. — *Milza* ingrandita, del peso di gr. 700; la capsula bianchiccia, raggrinzata; la sua polpa d'un colore bruno, resistente per ipertrofia del sistema trabecolare. — *Stomaco* piccolo e la sua mucosa coperta da una sostanza poltacea di colore giallo. Il *mesenterio* ed il *grande omento* ricchi di tessuto adiposo. La sierosa di tutto il *tenue* coperta da essudato fibrinoso. Le pareti dell'intestino edematose come la mucosa, la quale, come tutto il resto del tubo intestinale, nulla mostra di particolare. — *Utero* assai piccolo, con la sua cavità ridotta ad una piccola fessura; piccole pure le *ovaia*. — *Reni* con ricco pannicolo adiposo; nella vescica orinaria pochi grammi di orina chiara.

Diagnosi necroscopica. Epatite interstiziale cronica; peritonite essudativa siero-fibrinosa; degenerazione adiposa delle pareti del ventricolo destro, con dilatazione della cavità di questo lato e dei rispettivi fori.

Mi procurai la vena cava ascendente, che trovai dilatata, ma di colore affatto normale. Anche alla superficie interna non vi ho riscontrato nè macchie, nè scabrezze in tutta la sua lunghezza, meno in quella porzione che passa attraverso i lobi epatici. Appena inoltrata in mezzo a questi, la vena presenta una striscia bianchiccia larga

2 millim., poco più, o poco meno, a seconda nel punto in cui la osservava; la quale striscia occupava circolarmente la superficie interna, coi bordi che si perdevano insensibilmente. Altra striscia dello stesso colore, più larga, ma di ineguale larghezza, trovai prima dello sbocco delle sopraepatiche nella cava: in qualche punto si diffondeva anche oltre il livello di queste vene, e poi sfumava più o meno insensibilmente. - Sopra queste striscie ho praticato dei tagli, comprendendo in questi tutto lo spessore della parete del vaso ed anche il tessuto epatico sottoposto, duro, resistente come può esserlo il fegato cirrotico. Eguali tagli ho praticato in altri luoghi dove non esistevano traccie delle striscie o delle macchie suddescritte; indi ho confrontato lo spessore delle pareti della cava dei luoghi sani con quello dei luoghi che sembravano lesi per la presenza delle macchie indicate, ed ho trovato che quivi lo spessore della parete era il doppio ed anche più del normale. Provandomi a staccare la cava dal tessuto epatico, ho constatato che dove lo spessore era maggiore, il coltello incontrava maggiore resistenza, la quale evidentemente era data da connettivo abbondante, ispessito, che dalla parete della cava si inoltrava a fasci in diverse direzioni per entro il parenchima epatico.

A 5 c. prima del suo ingresso nei lobi epatici misurava 32 m. m.; all'ingresso 49; a metà decorso 60; allo sbocco delle vene epatiche 75; presso il foro quadrilatero 80.

Non avendo potuto essere presente alla necroscopia, l'esame del cuore non venne condotto nel modo più rigoroso quale era richiesto dalla osservazione clinica e dalle esigenze scientifiche. Ciò nulla meno mi pare che i fatti

registrati abbiano per sè un certo valore, che procurerò di rendere anche più evidente con qualche considerazione.

La dilatazione del cuore destro e dei relativi orifizi è tale, che non ha corrispondente tra i casi nei quali, vita durante, sono state riscontrate le insufficienze tricuspidali in coincidenza con malatie epatiche. D'altronde lo stato dei polmoni non dimostra che esistessero ostacoli alla circolazione della polmonale in guisa che ne venisse per conseguenza il sovrempimento del ventricolo destro, e quindi la sua dilatazione.

Si potrebbe opporre, che generalmente l'ostacolo idraulico suscita a maggiore funzione il ventricolo, quindi determina la ipertrofia delle sue pareti; ma ciò non è vero sempre. *Taruffi* [1]) precisamente dice, che nei casi di dilatazione congenita del ventricolo destro per alterata formazione della polmonale, può aversi e non aversi l'ipertrofia delle pareti ventricolari.

Si domanderà: dove, quale formazione anomala nella polmonale? — Questa doveva cercarsi, è vero, sul cadavere: ma pertanto credo, che, oltre tutti gli argomenti derivati dalla sintomatologia offerta dalla paziente, oltre le considerazioni or ora esposte, valga un fatto anatomico a dimostrarne la esistenza con tutta probabilità.

L'orifizio auricolo-ventricolare destro, secondo *Bizot*, nelle donne non misura che 99 m. m., mentre nella nostra paziente misura 110 m. m.; — l'orifizio della polmonale, secondo lo stesso *Bizot*, misura 73 m. m., mentre nel caso nostro misurava 90. Si notino le frasi del reperto, che dice il cuore destro *estremamente flaccido*....

---

[1]) L. c.

fortemente dilatato; mentre il ventricolo sinistro è detto *quasi contratto* per esprimerne il piccolo volume: l'aorta poi e le sue valvole sono dette normali.

Ora io domando: che cosa mai può avere dilatato a questo modo il ventricolo destro ed i suoi orifizi? — Non insufficienze, non stenosi nella metà sinistra del cuore; non stenosi del ventricolo sinistro, tanto meno dilatazione della sua cavità. Qui dunque deve dirsi, che il sangue che arrivava al ventricolo sinistro, non era in tanta copia da produrre alta pressione interna, e quindi uno stato abituale del cuore, che alla necroscopia si trova sempre con un certo grado di deperimento granulo-grassoso del cuore, e floscezza delle pareti ed ampiezza maggiore della cavità sua. Il ventricolo sinistro anzi col parere per il volume suo *quasi contratto*, vuol dire che non riceveva tanta copia di sangue, e quanto riceveva validamente insinuava nel dominio aortico perfettamente normale.

Se fosse stato impedito comunque lo scarico delle vene polmonali, il polmone gravemente iperemico non avrebbe accolto il sangue portatovi dalla polmonale. Invece il polmone durante la vita risuonava anteriormente e posteriormente, e dovunque ascoltavasi il respiro, sebbene un po' aspro, e dopo morte crepitava dovunque al taglio. Dunque bisogna necessariamente pensare, che il ventricolo destro trovasse dura resistenza nella polmonale, la quale se non opponeva resistenza per l'ingombro sanguigno, doveva opporlo per una relativa strettezza. Bisogna egualmente convenire, che essendo dilatato il ventricolo destro e l'orifizio della polmonale, abbiano agito diversi momenti, che secondo i dati dell'esperienza possiamo arguire come segue: — la pressione intraventricolare maggiore del nor-

male generò la dilatazione del ventricolo destro; l'ostacolo allo scarico del ventricolo destro esistente nella polmonale intrattenne, se non aumentò, il grado della sua dilatazione; lo stato malaticcio della paziente (che per conto suo accenna già chiaramente alla anomalia congenita) ha favorito la debolezza delle pareti del cuor destro, ed anche la distrofia delle sue musculature; sopraggiunta la malatia, cogli impedimenti nuovi alla respirazione aumentò la resistenza del dominio della polmonale, s'accrebbe la dilatazione del ventricolo destro, e si generò la insufficienza tricuspidale, manifesta per il soffio che udivasi sul ventricolo destro. Se dilatavasi del pari l'orifizio della polmonale, data la legge fisio-patologica che suona, che gli organi cavi destinati a rimuovere il contenuto che sempre si rinnova nella loro cavità, si dilatano nella regione che precede la sede della resistenza da vincere, bisogna ammettere che il principio della polmonale, come la porzione adiacente del ventricolo destro, fossero tutti posti al medesimo grado di pressione interna straordinaria per ostacolo che doveva risiedere nell'ulteriore decorso della polmonale. Lo che non contrasta menomamente con quanto insegna l'anatomia patologica intorno alle alterazioni congenite della polmonale.

Quanto poi alla vena cava, scopo precipuo di questa memoria, concluderò sui fatti così:

1. *In questo caso di cirrosi,* **originata dalla persistenza degli sconcerti idraulici nel fegato per anomalia congenita del centro circolatorio,** *gli edemi esterni precedettero lievissimi, fugaci, ripetuti ai piedi; ma estesi agli arti inferiori ed alla parte inferiore del tronco accompagnarono lo sviluppo dell' epatite interstiziale.*

2. *Questi edemi, limitati come si disse, alle indicate parti del corpo, non invasero mai altre parti superiori, colle quali anzi le inferiori facevano contrasto in vita e sul cadavere.*

3. *Questi edemi crebbero specialmente quando il ventre prese a intumidire per meteorismo ed ascite; per lo contrario diminuirono quando mercè la paracentesi addominale vennero abbassate le pressioni intraddominali. Diminuirono, ma non scomparvero, e sempre si trattennero nei limiti sopra indicati.*

4. *Questi edemi esterni, se da un lato significano essere rallentato il decorso del sangue nel dominio della cava ascendente, dall'altro dimostrano che sulla cava medesima influiva lo stato della circolazione intraventricolare destra, perchè quando si estrasse l'ascite, si modificò in prima l'area cardiaca e successivamente diminuirono gli edemi.*

5. *Che questi edemi stessero in rapporto colle preaccennate circostanze, risulta dal reperto anatomico, che ci dimostra la vena cava grandemente dilatata.*

6.ª *Anamnesi.* — B. Luigi, d'anni 39, negoziante, passò la vita in mezzo a molte avventure e peripezie. Il padre gli morì improvvisamente, e non si sa per quale malatia; la madre vive tuttora sana e robusta. È solo di cinque fratelli, sendo morti gli altri quattro in tenerissima età. Pare sia sempre stato sano fino a 14 anni. In quest'epoca non ammalò, ma principiò ad abbandonarsi all'orgia sessuale con donne, e più volte riportò degli scoli, de' quali guariva senza alcuna cura. A 14 anni fece ingresso nella vita commerciale, e dedicava all'ufficio suo

non meno di 10 ore al giorno. S'incontrò con una giovane dell'età sua, colla quale continuò nell'abuso della venere; ma, insorti certi contrasti famigliari, dovette staccarsi dall'amica, e per soffocare il dolore s'abbandonò perdutamente a' suoi brutali istinti, quindi all'onanismo e ad altre indicibili maniere di soddisfacimento sessuale. Si comprende come giovane ancora si logorasse l'esistenza, ed invero a 18 anni venne preso da certo capogiro, che rapivagli il senso e la coscienza, ed un giorno stramazzò a terra. Venne salassato (!); peggiorò lo stato generale di prostrazione e d'esaurimento, sì che un po' per consiglio altrui, un po' per spontanea elezione decise di volere risanarsi, cambiando registro. Non più alle donne, ma alle allegre brigate volse il pensiero e si dedicò in seguito.

V'hanno uomini che non conoscono vie di mezzo, e a qualunque cosa s'appiglino, vanno alla esagerazione. Assaporato il lieto vivere e gustato il vino, andò tant'oltre da divenire presto un consumato bevitore. Il commercio lo portò a Trieste, poi in Egitto, e quivi si die' a bere, come egli stesso diceva, *generosamente all'inglese.* Intollerante del caldo, ricorreva spesso di giorno al bagno e s'abbandonava al sonno. Una volta sentì pungere un dolore al cuore, dove anche prima l'avvertiva senza badarvi perchè lievissimo; un'altra volta si accorse di allucinazioni, ed allora, accorto com'era, volle entrare nell'Ospedale degli europei per stare lontano dalla necessità in cui sempre trovavasi, di bere e disordinare coi liquori. Dopo 15 giorni abbandonò l'Ospedale, e vi rientrò l'anno successivo cogli stessi fenomeni. Ma non guarì e, quel che è peggio, non si tolse definitivamente dalle sue prave abitudini. Soffrendo gli tornò al pensiero il suo

paese, e il desiderio di rimpatriare crebbe tanto, che pare generasse nel paziente una vera forma nostalgica. Ricondottosi in patria, menò vita più regolata, attendendo al suo commercio in generi coloniali.

Nel Febbraio del 1883 per tre notti successive venne colto da forti accessi di dispnea: non sa a quale causa attribuirli, come non sa per quale ragione sieno cessati. Però alcuni mesi dopo ricomparvero, e quindi a poco a poco la difficoltà del respiro si rese continua, e si presentò un fatto nuovo — la palpitazione. Fece qualche cura, che non giovò, e per questo volle entrare nella Clinica medica il 14 Dicembre dello stesso anno.

Esame obbiettivo. – Decombe semieretto, come abbandonato, ansante e impotente ad eseguire movimenti della persona atteso la crescente difficoltà del respiro. Il corpo è voluminoso: 5 anni innanzi pesava Kig. 115, tre mesi sono 96. – *Capo* regolare, ma grosso; le arterie temporali molto sviluppate, tortuose, pulsanti. Labbra tumide cianotiche; lingua larga, con impronte delle arcate dentali ai bordi, rossa e fessa superficialmente per lo lungo. – *Collo* corto e grosso; lobi mediano e destro della tiroide sviluppati più del sinistro; giugulari tumide, come nodose, oscillanti, non pulsanti. Pulsare si vedono invece le carotidi, sulle quali si ascoltano due toni soffianti. – Il *torace* molto corto, coperto dalla cute normale, ma ricca di pannicolo adiposo. La regione precordiale è più elevata; al 6° spazio intercostale, 4 cent. all' esterno della linea emiclavicolare si vede e si sente la pulsazione dell' apice; sull' epigastrio si sente una scossa diffusa, ritmica. L' escursione respiratoria del torace è breve, alquanto frequente, regolare. — Sull' *area polmonale* anteriore risonanza nor-

male e rantoli bollari mucosi abbondanti. Lo stesso è dell' area polmonale posteriore.

L' *area cardiaca* misura cent. 15 sulla base, 19 sul ventricolo sinistro, 23 sul destro. – Coll' ascoltazione si sente; all' apice sinistro il 1° tono, e subito dopo questo un tenue rumore di soffio, il quale si fa viemmeglio intenso e distinto ascoltando sul corpo del ventricolo sinistro; anzi, seguendo l' asse longitudinale del ventricolo medesimo fino alla base, si arriva al focolaio dell' aorta, dove si riconosce che il rumore di soffio sostituisce il 2° tono aortico. Sul ventricolo destro e sulla polmonale si avvertono il 1° e il 2° tono cupi; sulla polmonale il 2° tono è alquanto più accentuato.

Il *ventre* è molto sviluppato, globoso; risalta all' occhio d' ognuno la grande sproporzione che passa tra lo sviluppo del ventre e quello del torace. Appena sotto l'ombelico si vede una linea che ricorda una piega cutanea, che, a detto del paziente, prima esisteva e divideva il ventre in due piani – inferiore e superiore. La stessa linea lateralmente finiva a due dita trasverse sulla spina anteriore superiore dell' ileo. Sul piano superiore del ventre si sentiva la presenza di un corpo duro, alquanto dolente ed esteso sino a raggiungere la linea sopra notata. Questo corpo era il *fegato*, che sulla linea parasternale misurava 22 cent. La *milza* non era più sviluppata del normale.

Gli arti inferiori erano edematosi; leggero edema allo scroto e alle parti inferiori del tronco.

Il polso era piccolo, celere, non isocrono colla pulsazione dell' apice.

Il paziente aveva qualche colpo di tosse, ed oltre la difficoltà di respiro, accusava un senso fortemente molesto

di tensione alla parte superiore del ventre; quivi egli trovava la ragione principale del suo soffrire, della avversione al cibo, della assoluta intolleranza per tutto ciò che introducesse nello stomaco. Evacuava orine scarse, della densità di 1,015, limpide, di colore della birra scura, con molta albumina, fosfati abbondanti, moltissima urofeina, poca uroeritrina, traccie di pigmenti bilari. Le feccie scarse, solide, con traccia di muco. – Apiretico.

Elementi del diagnostico. — L'eccesso della venere quando l'organismo non aveva raggiunto il suo pieno sviluppo, l'abuso degli alcoolici, l'abuso della vita in genere, sono cause più che sufficienti a spiegare le sofferenze dell'infermo. Le quali soprattutto procedevano dalle alterazioni del centro cardiaco.

Pare, che al consumo giornaliero de' liquori si debbano attribuire i primi fenomeni in Egitto, quando per la palpitazione e le allucinazioni dovette riparare all'Ospedale. Lo stesso ammalato asseriva, che sottomettendosi alla cura ospedaliera mirava a troncare la sua abitudine nello smodato uso degli alcoolici. Quello che è certo, si è, che niun caso come questo vale a dimostrare, come Bacco e Venere sappiano logorare l'esistenza anzi tempo. – A 39 anni presentavansi fatti che dovevano avere una origine relativamente vecchia, perchè, insorti sordamente, erano già cresciuti a tale da compromettere da vicino la vita del paziente.

Era facile riconoscere il vizio cardiaco nella ingrandita area del cuore, nel soffio diastolico alla base sull'aorta; ma facile ancora accorgersi che alla insufficienza delle valvole aortiche non corrispondeva la forma del

triangolo cardiaco, nè la forza dell'impulso. Io doveva ammettere, o che la insufficienza cardiaca fosse di antica data, e che il cuore, attraversata la fase in cui, mercè una buona ipertrofia, il ventricolo sinistro provvede alla difficoltà del circolo aortico, subentrasse la fase della distrofia e della dilatazione; oppure che il soffio dell'orifizio aortico rappresentasse piuttosto una insufficienza relativa, essendo precedute altre cause differenti dal vizio valvolare aortico, ma capacissime a determinare nel cuore lente e progressive alterazioni funzionali e nutritive.

In questo caso, consono alle mie idee circa la patogenesi delle malatie del cuore e dell'aorta negli individui che fanno abuso di cibi e di bevande, era portato ad ammettere la precedenza della aortite, quindi la successiva ipertrofia del cuore, in fine la degenerazione del miocardio e la insufficienza delle valvole aortiche come conseguenza e della dilatazione della cavità del ventricolo sinistro e della diffusione alle stesse valvole del processo arteritico. – I diametri del cuore erano enormemente sviluppati, ed avevano perduto ogni rapporto che generalmente fra di loro sussiste. Il ventricolo destro, che misurava 23 cent., dimostrava che il viscere doveva essere stato già molto sviluppato prima per raggiungere, dilatandosi, proporzioni così eccezionali.

Il polso piccolo s'accordava con questi pensieri; la celerità del polso stava in armonia colla insufficienza delle valvole aortiche; il ritardo del polso poteva attribuirsi anche alla sola insufficienza, ma, viste le cause della malatia e il decorso flessuoso delle temporali ecc., poteva essere addebitato anche alla lesione arteriosa.

Fermata la diagnosi di *insufficienza delle valvole aor-*

tiche e *distrofia del miocardio successive all' aortite*, non mi pareva esaurito il mio compito, e rilevai i fenomeni del ventre per dimostrare, che sebbene nelle alterazioni del centro circolatorio risiedesse la ragione dominante le stasi epatiche in generale, pure nel caso concreto il fegato si imponeva come una vera e non lieve complicazione. Il suo volume eccezionale, la sua durezza, l' anoressia, l' ambascia epigastrica, il meteorismo, le orine così ricche di urofeina e portanti eziandio traccie di pigmenti biliari, erano tanti fatti che pregiudicavano il paziente, e dovevano essere presi di mira, perchè valevano a specializzare il caso. I precedenti dell' ammalato avranno contribuito senza dubbio a sconcertare le funzioni dell'apparecchio digestivo; ma secondo me voleva essere tenuta nel debito conto anche la grande sproporzione che originariamente esisteva tra il torace, che dicemmo corto, ed il ventre così ampio. In fine poi tanti altri abusano di alcoolici e di cibi, e non incontrano le conseguenze che si palesavano nel nostro infermo; ed a spiegarmi questa differenza credo non essere nel falso valendomi del concetto della particolare morbilità che deriva dalla speciale organizzazione del ventre. Si sa, in vero, che negli individui tendenti alla grassosità ed aventi l'addome molto ampio e sviluppato, si trova un fegato molto ampio, e con questo assai ricca la rete venosa dell'addome, tarda e pesante la circolazione. Per il che, riflettendo alla enorme dilatazione del cuore io vedeva anche in questa una causa di aumento del volume del fegato, già grosso per natura, già vulnerato dalle intemperanze del paziente. Però alla diagnosi sopra enunciata aggiunsi: *congestione cronica del fegato ed incipiente cirrosi.*

Riassunto del diario. — Le principali indicazioni terapeutiche erano: 1° rialzare la forza del cuore, 2° facilitare le secrezioni; 3° impedire il digiuno assoluto, affinchè non si dessero fenomeni di maggiore esaurimento. – Alla prima ed alla seconda indicazione si provvide mediante l'uso dei vescicanti ai lati del torace, col sanguisugio all'ano e con leggieri eccoprotici; alla terza colla dieta lattea.

Gennaio 20. Colla cura sopra indicata si migliorarono discretamente le cose, tanto che il paziente aveva principiato ad abbandonare il letto senza essere oppresso dalla difficoltà del respiro. Non però con altrettanto miglioramento nelle sofferenze epatiche, quantunque le orine fossero aumentate, e si ottenessero più abbondanti scariche dal ventre. Per ciò mantenendo le fatte prescrizioni, ordinai una frizione di olio di croton sul ventre.

Febbraio 1. Con un relativo benessere generale si presentarono sempre più abbondanti le orine (1700 c. c.). Ciò nullameno il paziente si doleva di qualche agitazione insolita, che coglievalo specialmente di notte. Le scariche ventrali erano assai scarse. Condizioni del cuore e del fegato sempre eguali. Pensai di promuovere le deiezioni alvine con un drastico, e di intrattenere poscia le secrezioni intestinali coll'acqua di Carlsbad. Contro la veglia e l'agitazione notturna amministrai una dose sufficiente di cloralio idrato.

Febbraio 11. Malgrado tutto il paziente tornò a peggiorare, e sempre per la difficoltà del respiro, che insorgeva ad ogni movimento della persona, e per il senso di tensione dolorosa alla parte superiore dell'addome. Le orine erano discese alla quantità di 950 c. c., coi carat-

teri fisici e chimici sopra indicati. — Rinnovato l'esame obiettivo, si confermarono i dati già noti. - Si prescrisse un infuso di digitale, che non produsse verun mutamento nei sintomi; si fece ricorso al citrato di caffeina.

Febbraio 22. Col citrato di caffeina e con qualche bicchiere di vino si potè riattivare la secrezione urinaria, ma senza vero miglioramento nello stato generale, e tanto meno nelle condizioni del cuore e del fegato. Gli edemi anzi aumentavano, e specialmente nell'arto destro, dove notavansi dei nodi bluastri sul decorso delle vene maggiori. In proposito il paziente avvertiva essere stato curato un tempo per flebite, ed aveva avuto d'allora in poi in quell'arto minore resistenza, e qualche volta assai facile il senso di peso e di torpore. Tant'è che l'*edema degli arti inferiori, delle pareti dell' addome e delle natiche fino a tutte le regioni lombali* s'era fatto enorme, e generava al paziente il dolore tensivo della cute, reso intollerabile lungo l'arto destro. Per il che volli aprire una via d'uscita allo siero sottocutaneo applicando il drenaggio di *Sattin*. Contemporaneamente si sospese la caffeina e si tentò la stricnina.

Tutto malgrado il 22 Febbraio lo stato del paziente erasi aggravato. I polmoni fortemente ingombri, la tosse molesta, il catarro bronchiale abbondante. Il cuore più debole, irregolare nel ritmo; alla regione cardiaca il paziente accusava un indefinibile senso di peso. Il ventre ancora più teso, intrattabile, molestissima la palpazione sull'epigastrio e sull'ipocondrio destro. Si alternava l'agitazione colla sonnolenza.

Da quest'epoca fino al giorno della morte dell'ammalato, che avvenne il 4 Maggio 1884, si assistette ad

un prodigio di lotta e di resistenza. — Le condizioni degli organi involti nel processo morboso non si modificarono più se non per aggravarsi. Nell'arto destro, sul quale si notavano fenomeni di straordinario imbarazzo circolatorio, si presentarono poi sintomi resipelacei, poi flemmonosi, e fu d'uopo aprire alla raccolta tre sbocchi d'uscita, uno al dorso del piede, uno al terzo inferiore della gamba, un altro al terzo superiore della coscia. Durante lo sviluppo di questi fatti si notarono altri mutamenti nel generale dell'infermo, il quale prima presentò la febbre della infiammazione flemmonosa dell'arto inferiore, indi la febbre ad accessi nel periodo successivo alla suppurazione, ed insieme un coloramento subitterico, che durò fino a quando il paziente dovette soccombere in istato di estremo esaurimento.

Non sarà inutile registrare questo fatto: — Per la cura della lesione chirurgica si trasportò l'infermo in apposito comparto, d'onde tornava alla Clinica quando finirono i fenomeni della suppurazione nell'arto. Col pus usciva un'enorme quantità di siero, per cui a poco a poco si erano pressochè dissipati gli edemi, e nel medesimo tempo le orine s'erano aumentate sì da raggiungere ed anche da oltrepassare la quantità giornaliera fisiologica. Ma tutto questo passava indifferente per l'organismo, già mortalmente stremato in ogni sua risorsa. Sonnacchioso, o delirante, incapace di muoversi, di mangiare: sebbene il cuore venisse alleviato da tanto peso che ne opprimeva la funzione, non rispondevano più gli organi all'eccitamento della riabilitata funzione vaso-motoria.

Reperto necroscopico [1]. — Cadavere discretamente nutrito, pallido; scomparsa la rigidità cadaverica. Al dorso, alle natiche macchie ipostatiche di colore rosso-vinoso. Addome voluminoso, sparso di macchie ardesiache. All'arto inferiore destro parecchie ferite in via di cicatrizzazione, cosparse di polvere di iodoforme.

Capo. Volta craniana di forma dolicocefalica, a pareti grosse, specialmente in corrispondenza dei lobi frontali. Seno longitudinale pressochè vuoto. Le meningi interne considerevolmente opacate ed ispessite. Discreta quantità di siero negli spazi fra le circonvoluzioni. Sul lobo frontale la pia è imbevuta di ematina. La sostanza cerebrale edematosa, con discreta quantità di sangue. La pia madre si stacca facilmente dalle circonvoluzioni.

Collo. Glandola tiroidea grossa. Nella trachea un liquido vischioso, grigiastro; mucosa arrossata.

Torace. I polmoni aderenti al torace, espansi. - Le *pleure* sono sparse di numerosi granuli grigiastri migliariformi. - *Bronchi* pieni di un liquido filante schiumoso, commisto a sangue; la mucosa ispessita e di colore rosso-oscuro. Il parenchima polmonale crepita al taglio, meno però a destra. Nel parenchima stesso si notano vari nodetti caseosi di differente grandezza. Alla superficie del taglio si vede sgorgare del liquido abbondante, schiumoso, commisto a sangue. — Il *pericardio* è bianchiccio, in qualche parte ruvido e coperto, specialmente in corrispondenza dei grossi tronchi vascolari, da essudato fibrinoso. - *Cuore* assai grande; endocardio opacato ed ispessito; le cavità del cuore pressochè vuote. Il miocardio considere-

[1] Dal protocollo delle sezioni dell'Istituto anatomo-patologico.

volmente ingrossato e pallido. L'*aorta* è molto più ampia del normale; la sua superficie esterna è rivestita da molto e stipato connettivo ricco di vasi; la superficie interna è ineguale, di colore giallo, ha perduto affatto il naturale aspetto e, spiegata e distesa, si potrebbe somigliare ad un cuscinetto adiposo; le pareti del vaso sono dure, ingrossate, avendo uno spessore di circa 5 m. m.

Addome. Fegato molto voluminoso e granuloso, e pesa Kilg. 2,30. Sulla glissoniana si vedono delle arborizzazioni grigiastre formate da tessuto connettivo neoformato. Il parenchima è indurito, e tale si riconosce ancora meglio al taglio. La superficie del taglio si presenta con discreta quantità di sangue, con delle striscie biancastre disposte quasi a rete, formate da connettivo. Non si distinguono le vene centrali. — La cistifellea a pareti assai grosse, contenente pochi grammi di bile prosciolta. – La *milza* alquanto ingrandita, col perisplene ingrossato; il parenchima duro, resistente, di colore rosso-scuro, nel quale spiccano striscie grigiastre di connettivo. – *Stomaco* espanso da gas, contenente residui alimentari. La mucosa del tenue pure coperta da muco, di colore rosso e notevolmente iperemica. — I *reni* grossi, con delle retrazioni lineari alla superficie, molto ricchi di sangue; le due sostanze non bene distinte. — La vescica urinaria sana, contenente circa 200 gr. di liquido.

Desiderai il cuore, la vena cava e il fegato per ulteriore esame ed ho raccolto quanto segue:

Cuore. Le cavità ventricolari erano fortemente dilatate; la circonferenza interna del ventricolo sinistro misura cent. 12; quella del destro 14; l'orifizio dell'aorta

cent. 9.3; quello della polmonale 10,1. Confrontando la cavità del ventricolo destro con quella del sinistro, si rileva che quella subito dopo il punto dove misura il massimo di larghezza, si restringe bruscamente e considerevolmente per effetto di eccezionale sporgenza del setto interventricolare, che, guardato dalla parte del ventricolo sinistro, si vede in quel punto foggiato a conca, e quindi contribuire a questo modo a dilatare maggiormente la cavità dello stesso ventricolo. Lo spessore delle pareti del ventricolo sinistro alla base è di cent. 2, a metà altezza di 2,5, all'apice di 1,5. — Lo spessore del setto è di cent. 1 alla base, e si va sempre più assottigliando in basso, specie in quella parte che sporge nella cavità del ventricolo destro, dove non misura che 5 m. m. circa. — Le *valvole semilunari* aortiche sono raggrinzate alquanto, di spessore maggiore di quelle della polmonale e del normale. — Le *arterie coronarie* presentano esteso processo ateromatoso fino alle seconde diramazioni. – Il *miocardio* pallido, molle, lacerabile, è in preda a degenerazione granulo-grassosa.

Fegato untuoso al taglio, finamente granuloso; non distinguibili i lobuli epatici che in qualche punto; in altri risalta il coloramento giallo per la degenerazione grassa, Segni caratteristici di cirrosi inegualmente diffusa, con straordinaria produzione di connettivo intestiziale. – L'arteria epatica e le sue prime divisioni presentano numerose macchiette di colore giallo, di grandezza varia, quali come punteggiature, quali lineari, lunghe poco più o poco meno di mezzo cent. e larghe 1, 2 m. m.; tutte poi rialzate sul livello della superficie interna dell'arteria. Questa lesione – che si riconosce facilmente della natura di quelle

che si scopersero nell' aorta — si fa meno evidente e poi scompare nelle ulteriori diramazioni arteriose.

Vena cava inferiore. Questa al solo vederla si giudica anormale. Il vaso ha l' aspetto carnoso: rosseggiante il colore, fascicolata longitudinalmente ne appare la struttura, e ciò meglio risalta all' esame della superficie interna che della esterna, dove abbondava il connettivo qua e colà, entro le cui maglie stanno raccolti globuletti grassi. Al tatto si conferma il giudizio della vista, perchè la si sente di spessore, di pastosità non mai riscontrata. Guardata contro la luce è quasi opaca, e dove è meno opaca si conferma la esistenza di fasci longitudinali d'aspetto carnoso. Tutti questi caratteri si fanno tanto più spiccati quanto più la si esamina oltre la sede delle vene emulgenti, presso al fegato e verso la sua estremità centrale. La Fig. 4 rappresenta fedelmente i fatti ora descritti. — La larghezza della cava ascendente a 3 cent. sotto le emulgenti è di 55 m. m.; fra i lobi epatici 75; allo sbocco delle vene sopraepatiche 80. Le stesse vene sopraepatiche erano fortemente dilatate, e vi si poteva liberamente introdurre la prima falange del dito indice.

Dai fatti esposti deriva:

1. *In questo caso di cirrosi,* **successiva alle alterazioni circolatorie dipendenti dalla arterite e conseguente insufficienza delle valvole aortiche e degenerazione del miocardio,** *gli edemi nel dominio della cava ascendente raggiunsero dimensioni straordinarie, sì da costituire una grande complicazione, mentre si mantennero sempre modici nel dominio della vena cava superiore.*

2. *La stasi nella cava ascendente ed i relativi edemi*

si vennero aggravando col pronunciarsi delle maggiori sofferenze epatiche.

3. *Queste coincidenze acquistano importanza clinica dai fatti precedenti, che dimostrano la concomitanza dei fenomeni della cirrosi colle alterazioni della nutrizione e della funzione della cava inferiore.*

4. *In vero la cava inferiore era alterata, presentava dimensioni maggiori del normale ed i segni di un cronico processo di irritazione formativa – si può dire di ipertrofia e di dilatazione. La ipertrofia rappresenta la conseguenza dello sforzo funzionale delle pareti del vaso; la dilatazione succedette alle cresciute difficoltà circolatorie quando si vennero pronunciando i guasti cardiaci, non che le alterazioni epatiche. — La ipertrofia dimostra che, anche quando l'individuo era in apparenza sano, la funzione della vena doveva essere esagerata.*

5. *Questo caso più d'ogni altro dimostra, quale sia la funzione della cava ascendente e la sua morbilità.*

VIII.

Continua il precedente argomento.

Sommario. — 7° Un caso interessante di grave iperemia epatica, con edemi nel dominio della cava inferiore, non legati a cardiopatia. Procedimento diagnostico: guarigione. — 8ª. Cirrosi epatica per glissonite produttiva; enorme ascite; assoluta mancanza di edemi esterni; diagnosi, necroscopia, epicrisi. — Considerazioni pratiche sugli edemi che si hanno nel dominio della cava ascendente sia durante la cirrosi epatica, sia nel corso di malatie dell'apparecchio circolatorio. — Conclusioni.

7.ª L. P. di 46 anni, rivenditore di generi di privativa, nacque a Bastia, sui colli Euganei, da padre e madre sani. Ebbe undici fratelli e tutti più o meno disposti a malatie di ventre, ed uno specialmente è in preda a decise sofferenze epatiche. Ha due figli di costituzione scrofolosa, ed essi pure soggetti bene spesso a diarree ed a furuncoli.

Succhiò il latte di tre nutrici, l'una dell'altra peggiore; l'ultima sarebbe stata sifilitica (?). Ciò nulla meno crebbe abbastanza bene.

Fanciullo ancora principiò a provare conseguenze di disordini di stomaco e frequenti accessi emicranici, durante i quali diveniva pallido, aveva vertigini e vomiti.

Giovinetto appena, sentì trasporto per i piaceri sessuali; per altro seppe moderarsi. Contrasse un' ulcera ve-

nerea, che non ebbe mai altro seguito; più tardi uno scolo, che gli durò oltre sei mesi.

Di carattere vivace, puntiglioso, suscettibile, d'animo generoso, incontrò molte peripezie. A 18 anni entrò nel corpo delle guardie doganali marittime, più tardi fu coscritto dell'Austria; disertò, militò nelle schiere de' volontari, e superò diverse malatie, fra cui il colera. Finalmente era tornato alla pace domestica, e di nulla dolevasi se non delle frequenti dispepsie. Stava bene quando mediante lassativi procuravasi la scorrevolezza del ventre.

Un giorno mentre s'era accentuato il suo malessere, notò una gonfiezza ai malleoli (press'a poco le cose stesse avvennero nella paziente meretrice, di cui ho narrata la storia) e uno stato come di turgore delle estremità inferiori. Ricorse a vari spedienti, tutti di attività momentanea. Dopo l'azione del purgativo era sollevato; ma presto la dispepsia, l'emicrania, il peso all'epigastrio e alla regione ipocondriaca destra gli facevano presentire il ritorno della gonfiezza alle gambe.

Per tutto un anno andò così tra il meglio ed il peggio, quando con sorprendente rapidità crebbe in lui la gonfiezza delle gambe e del ventre, sì che non potè più tenersi fuori dal letto. Allora fu pure avvertita assoluta avversione al cibo, furono scarsissime le urine, e principiò uno stato di agitazione, di insonnia, di bruciore e dolore al ventre e di generale deperimento, per cui volle essere accolto nella Clinica medica.

Esame obbiettivo. — Al primo vedere il paziente sarebbesi giudicato un cardiaco, ma a chiedergli che cosa avesse di male, rispondeva che tutto il suo male era nel ventre.

Magro, pallido, anelante; espressione sofferente. Lingua coperta da pattina giallastra e rossa ai bordi ed alla punta. Collo sottile; nè glandole, nè vasi sviluppati oltre il normale.

Il *torace* ha forma conica, ma la base è straordinariamente ampia e irregolare per maggiore sporgenza dell'arcata costale destra. Tipo respiratorio misto. Vene ascellari molto sviluppate.

Sul *torace destro* anteriormente si nota ottusità relativa nel terzo spazio intercostale, ottusità assoluta nel quarto, che si estende fino a tre dita trasverse dall'ombelico. Posteriormente l'ipofonesi incomincia a due dita trasverse sotto la spina della scapola, e questa ipofonesi all'interno ed all'esterno si estende in modo da descrivere una linea a dolce convessità in alto; verso l'angolo inferiore della scapola l'ipofonesi passa al grado di ottusità assoluta, e tale si estende per tutto il resto del torace.

Sul *torace sinistro* anteriormente non rilevasi nulla di anormale; lateralmente cessa la sonorità polmonale a livello della settima; posteriormente, pure a livello della settima costa, comincia l'ipofonesi, che alla nona diventa assoluta ottusità.

Ascoltando anteriormente a destra si ode respiro aspro nella fossa sopra-clavicolare e nella sotto-clavicolare; posteriormente in alto respiro aspro, ma dove si estende l'area di ottusità respiro soffiante intonato in *oe*, interrotto da rantoli bollari umidi e frequenti. A sinistra respiro aspro.

L'*area cardiaca* è spostata, e la punta batte all'esterno della emiclaveare sul quarto spazio intercostale;

la base misura 10 cent., 11 il ventricolo sinistro, 12 il destro. *Sopra tutti i focolai di ascoltazione i toni si ascoltano affatto normali*, il ritmo cardiaco non presenta che qualche rara intermittenza.

L'*addome* ha perduto la sua forma esagonale; ha pareti distese, irregolarmente globose, la cute dura, lucente. Imaginando diviso l'addome in due segmenti da una linea orizzontale che passi attraverso l'ombelico, apparisce il superiore di molto più voluminoso e l'inferiore relativamente piccolo.

Suddividendo il segmento superiore nelle tre regioni: epigastrica, ipocondriaca sinistra, ipocondriaca destra, si direbbe che l'epigastrio e l'ipocondrio destro sono forzatamente espansi, per modo che l'appendice ensiforme, sospinta in avanti, s'incurva fortemente e forma una fossetta nel fondo della quale principia la linea arcuata costale sinistra, che limita l'ipocondrio dello stesso lato, e che quindi resta sopra un piano più basso rispetto al destro. Palpando l'epigastrio e l'ipocondrio destro si sente la cute molto tesa; facendo più profonda la palpazione nel mentre che il malato inspira profondamente, si sente discendere rasente la parete addominale un corpo a superficie liscia, e che si estende trasversalmente sì da occupare l'ipocondrio destro e l'epigastrio.

Ricercando l'ottusità epatica, si trova una ottusità che sulla linea emiclaveare comincia al quarto spazio intercostale e si estende, oltre il bordo toracico, misurando 21 cent.; sulla linea parasternale misura 20 centìmetri. Il diametro trasversale non si può limitare con precisione sulla linea mediana, nè oltre questa, atteso la esagerata risonanza timpanica data dal ventricolo. L'ottusità che

dissi cominciare al quarto spazio intercostale sulla linea emiclaveare, si estende sulle linee ascellari, e si congiunge così colla ottusità incontrata percuotendo sul torace destro posteriormente.

Oltre la linea ascellare media di sinistra, percuotendo dall'alto al basso, si segna una linea di ottusità che si dirige obliquamente in alto e all'indietro, seguendo la settima costa sino alla doccia vertebrale. Questa linea segna i confini superiori della milza, che nel maggior diametro misura 18 cent. e 10 nel diametro minore.

Nel segmento inferiore dell'addome, stando il paziente supino, si ha una risonanza timpanica sino a due dita trasverse sopra il pube; più oltre succede un suono timpanico-ottuso. Facendo giacere il paziente prima sopra un fianco, poi sopra l'altro, compare un suono ottuso sui punti che successivamente si fanno più declivi. Non si avverte distinta fluttuazione in nessuna regione del ventre.

Nelle pieghe inguinali trovasi qualche ganglio linfatico ingrossato. La cute del pene e dello scroto è parzialmente edematosa. *Gli arti inferiori sono di straordinario volume per edema. Alla parte interna della coscia si vedono molte vene turgide, sinuose. L'edema delle coscie si estende alle natiche e alla metà inferiore del dorso.*

La urina nella quantità media di 400-500 cent. c., di colore rossiccio-sporco, con sedimento di urati, ha reazione acida; il p. sp. 1,021; albumina assente; eccesso di fosfati; urea 24‰, totale in media grammi 10-12; acido urico in media 14-15 centigrammi; assenza di pigmenti anormali.

L'esame microscopico della urina non fa rilevare al-

cun risultato notevole; quello del sangue constatò lieve leucocitosi.

La temperatura normale; il polso 76-80, la respirazione 20-24.

Diagnosi. — Quando trattai di questo caso in presenza degli allievi, fui dominato da un concetto suggeritomi dall'anamnesi. Quest'uomo principiò a soffrire per disturbi crescenti della digestione, ed insieme presentando il fenomeno degli edemi alla estremità. E tale non credo sia il procedere delle malatie del centro circolatorio. In questo pensiero mi confermava la memoria della meretrice, che è oggetto della prima storia che ho narrata, dove si vede il ragionamento clinico pienamente giustificato dal fatto anatomico: là pure i fenomeni dell'edema agli arti accompagnavano le alterazioni dell'apparecchio digerente, e venne riscontrata sul cadavere una notevole lesione della cava inferiore.

Però anche nel caso attuale l'inizio della malatia mi fe' concepire il sospetto, che quell'insieme di sintomi esprimesse alterazioni dell'apparecchio digerente e della cava.

Potevasi obbiettare: che il paziente dimorava in località non troppo sana; che i suoi precedenti potevano darsi come cause di affezione cardiaca; che poteva anche trattarsi d'una di quelle forme cardiache anomale, *frustes, latenti*, nelle quali oggi difettano i sintomi fisici, i rumori cardiaci, ma domani, dopo possono presentarsi.

Io stesso aveva pensato a queste possibilità, e mi era preoccupato seriamente, anche perchè dalla mia esperienza sono portato ad ammettere una forma di cardio-

patia latente, che appellerò *addominale* dalla prevalenza dei sintomi.

Il *Sée*, come è noto, riconosce forme cardiache anomale *polmonali* (dispnoica ed emottoica), *forme idropiche* (idropi volgari dell'ultimo stadio, idropi iniziali, idropi cardiache e renali), *forme funzionali* (aritmie, intermittenze, palpitazioni, angine, cardiodinie, sincopi) e *forme cerebrali*. Io credo che a queste si debba aggiungere una *forma addominale*, che può offrire delle varianti a seconda che prevalgono le dispepsie, con o senza fenomeni epatici e renali.

Ma, tutto malgrado, nel mio escludeva la forma cardiaca anomala per le seguenti ragioni:

1.° perchè ho sempre veduto che la forma cardiaca anomala addominale non è accompagnata dagli edemi; se non a fase innoltrata;

2.° perchè se è costituita da sintomi dispeptici, anche se associati a fenomeni epatici, questi non raggiungono quel grado di intensità e gravezza che raggiunsero nel caso in esame;

3.° perchè quando la forma cardiaca anomala addominale si complica cogli edemi, mancando affatto sintomi acustici sul cuore, quivi si scoprono alterazioni plessiche e funzionali che richiamano l'attenzione, mentre nel caso mio il centro circolatorio, diligentemente esplorato, non si mostrò mai in istato di materiale alterazione. D'altronde non doveva dimenticare, che se tanto gli edemi esterni quanto le condizioni addominali fóssero dipesi da vizio cardiaco, anche nel polmone avrei dovuto trovare tracce di stasi, mentre nel polmone non avevasi che il fatto della compressione dei lobi inferiori, operata dal

sollevamento del diaframma in causa del crescente meteorismo.

Io dovevo ammettere, come ammisi, che il cuore non si trovasse in condizioni assolutamente normali; ma, come si vedrà più oltre, queste non erano quelle che costituiscono il vizio cardiaco latente, e la maggior parte di esse devesi attribuire allo spostamento del diaframma.

Un'altra obbiezione al concetto col quale mossi a conferire su questo importante caso morboso, mi sono fatto pensando ai casi di alterazioni cardiache successive a malatie epatiche, secondo *Potain*, e, secondo me, successive a lesioni gastro-epatiche.

Ma anche qui incontrava buone ragioni per non lasciarmi sedurre dalla apparenza delle cose:

1.° anche qui le alterazioni del cuore, che so poter procedere da influenze esercitate da anomalie gastriche e gastro-epatiche, non sono costanti, nè generarono gli edemi;

2.° perchè sul cuore non sonosi mai trovati fenomeni acustici, quali vennero da altri constatati, da potere far ragione di qualche grave dissesto della circolazione intracardiaca, da cui gli edemi provenissero;

3.° perchè il paziente non presentava nemmeno straordinarie anomalie nella ottusità cardiaca;

4.° perchè nei casi di lesione della funzione cardiaca per influenza gastrica, o gastro-epatica, le sofferenze subbiettive non mancano mai, e si avvicendano in rapporto col più e meno di influenza che dagli organi lesi viene esercitata.

Io, che per studi precedenti, per convincimenti fisiologici, metto la massima diligenza nella indagine dei rapporti che in ogni caso morboso possono darsi tra cuore

sano od ammalato ed i visceri addominali, nel paziente in questione doveva assolutamente escludere che da siffatti rapporti originassero le gravi alterazioni che registrava nel dominio della cava ascendente.

Per questo tornava colla mente al fatto che *l'infermo aveva offerto la singolare sintomatologia gastro-epatica insieme con voluminosi edemi esterni estesi nel dominio della cava ascendente, senza che si potesse degli edemi trovare una spiegazione in qualche alterazione del centro cardiaco.*

Nè potevasi incolpare degli edemi la pressione esercitata 'dal meteorismo e dalla poca ascite. Imperocchè, se a vedere il paziente nello stato di gonfiezza dell'addome ultimamente verificatosi era facile sospettare che nella cavità si esercitasse altissima pressione, ricordando però che gli edemi erano già in corso quando si pronunciarono maggiori dell'ordinario i sintomi dispeptici, bisogna ricorrere ad altra spiegazione. Quindi, *per ciò che si riferisce alla pressione intraddominale, potrò accordare che abbia contribuito ad aumentare,* **non a produrre gli edemi.**

Pretendere poi che una condizione discrasica ne sia stata il fattore principale, sarebbe fuori di proposito. Dovrei osservare, che in questo caso gli edemi dovrebbero incontrarsi assai più frequentemente di quello che si osserva; dovrei maravigliare, che non si veggano in casi di ben più spiccata condizione idremica; aggiungerei, che nel nostro paziente venne riscontrata lieve leucocitosi, non idremia; che nemmeno le urine avevano traccia di albuminuria discrasica, sebbene per altri criteri dinotassero che anche nelle emulgenti (confluenti della cava)

non avevasi libertà piena di circolo. Dunque *nemmeno la discrasia spiegava gli edemi esterni nel dominio della cava ascendente.*

Non è scientificamente rigoroso il metodo che generalmente si tiene in faccia a casi analoghi al mio. Si bada all'insieme dei sintomi, si rileva il valore di essi complessivamente e teoricamente, senza partitamente esaminarli per stabilirne la correlazione fisiologica. Quindi se questi che presenta la sintomatologia della cirrosi epatica, p. es., ha edemi agli arti inferiori, niente di più naturale, si dice: la pressione intraddominale, quando c'è, spiega tutto; se non c'è in proporzione adequata, non importa, perchè agirà di conserva anche la discrasia, che si ammette solo perchè l'individuo è ammalato.

Ma bisogna riconoscere, che se invece si studiano i singoli fenomeni cronologicamente. e si studiano in relazione alle cause presunte in modo veramente pratico, cercando cioè se nel caso attuale esistano davvero i rapporti che la teoria insegna, si trova che qualche volta la teoria è troppo assolutamente applicata, che di certi fenomeni la causa è diversa da quella ammessa.

Non si vuol dire che la teoria sia erronea, ma che è male applicata, e la prova ne è portata dal caso che vado commentando, dove, mettendo alla prova la teoria per avere ragione del fatto, si vede che essa non basta al compito suo, ma che le occorre un altro elemento.

E questo è quello che venne finora obliato, *le possibili alterazioni della cava ascendente.*

Si ammetta questo, e dopo si comprende più facilmente la parte che giuocavano gli altri elementi della teoria,

concorrendo alla produzione del fatto nella misura in cui si vedono sviluppati nel caso concreto.

Nel nostro paziente tutto faceva pensare alla cirrosi epatica o, a dir meglio, alla sintomatologia della cirrosi epatica.

Ma chi non sa che questa sintomatologia qualche volta è data da altri processi morbosi? Ho pubblicato un caso di cancro delle pareti del ventricolo con straordinario stringimento della sua cavità e spostamento e dilatazione del colon trasverso, che ha sofferto per molto tempo la più classica sintomatologia della cirrosi epatica. L'individuo era bevitore conosciuto; aveva l'ascite, e si operava di paracentesi come un cirrotico, aveva la dispepsia del cirrotico, la tinta e le urine. Non mi pareva valesse la pena di occuparmi di un caso tanto volgare, e non fu che quando volgeva all'ultima fase della malatia che dubitai della diagnosi, sospettando il cancro. Ricordo un altro bevitore che per molto tempo credetti affetto da cirrosi epatica, e mi disingannai solamente quando, dopo la paracentesi, necessitata da fenomeni di grave dispnea, vidi sorgere fenomeni di peritonite con febbre che nella cirrosi non si osservano: e trattavasi di tubercolosi del peritoneo.

S'io avessi presa in blocco la sintomatologia offerta dall'ammalato, avrei fatta la diagnosi diretta di cirrosi epatica ad ogni modo, perchè, dopo tutto, anche per il cancro, anche per la tubercolosi addominale non aveva dati sufficienti per ventilarne la diagnosi.

Il paziente era stato forse inquinato dalla sifilide durante lo allattamento; ma le ricerche anamnestiche non

valsero a mettere in sodo questa grave circostanza. Anzi, considerando, che nè durante l'infanzia, nè successivamente s'erano a lui presentate tracce di sifilide costituzionale, non mi pareva prudente ammettere senz'altro che da questa dipendesse la sua infermità.

E s'anche la sifilide fosse stata di mezzo, quale criterio poteva invocare per convincermi e convincere altrui, essere il quadro morboso in discussione una manifestazione di sifilide costituzionale?

La cirrosi epatica da sifilide costituzionale può essere confusa colla cirrosi epatica dei bevitori; può in qualche caso il fegato presentare qualche anomalia di superficie, delle sensibili ineguaglianze di superficie, ma nel nostro caso queste non esistevano.

Mancavano dati per la degenerazione amiloide del fegato, altra lesione che può provenire dalla sifilide; e, infine, il decorso della malatia s'allontanava da quello che per sifilide avviene, che è molto più lento.

Avendo cominciato così a prendere in considerazione le cause, veniva presto ad escluderne altre, che ordinariamente accompagnano la cirrosi epatica: escludeva l'abuso degli alcoolici, l'eccesso della tavola, l'influenza malarica.

Cause traumatiche non avevano agito sul paziente, e d'altronde il quadro clinico sopraesposto non corrispondeva a quello che tali cause sogliono produrre; anzi va detto che tanta era la distanza, che non credetti nemmeno istituirne la diagnosi differenziale.

La diagnosi di cirrosi epatica ordinariamente si fonda sui sintomi e sulla conoscenza delle cause; ma si danno casi nei quali quest'ultimo affatto ci manca.

Riflettendo ai casi di cirrosi dove le note cagioni hanno operato in modo o lieve, o problematico, o non hanno affatto operato, bisogna supporre che talora la predisposizione individuale sia massima, degna quindi di essere considerata come causa principale. Tutto sta nel farci un concetto adeguato della predisposizione. E qui ci troviamo innanzi al problema, che comprende, secondo me, l'importanza fisio-patologica della vena cava ascendente.

Di fronte al caso mio mi sono condotto nel modo seguente. Il paziente era soggetto da lungo tempo ad ostinate dispepsie gastriche ed intestinali, e sebbene non fosse abitualmente stitico, pure tratto tratto doveva ricorrere all' uso dei purganti per liberarsi delle sue maggiori sofferenze. Dunque, o eccedeva nella introduzione degli alimenti, oppure solo per il fatto, o col fatto della persistente dispepsia, gli si rinnovava uno stato di torpore addominale, e specialmente di torpore circolatorio.

Ma era noto che il paziente non si dava ad eccessi di sorta; era noto che nella famiglia spesseggiarono i mali del ventre; è noto poi che alcuni hanno — come il nostro paziente — quell' insieme di incomodi ventrali che – per esser breve – ricorderò col nome di pletora addominale. Dunque io affermai, che le dispepsie nell'ammalato avevano ragione e nella predisposizione ereditaria, e nella superata infermità.

Ad ogni peggioramento delle sofferenze intestinali che verificavasi negli ultimi tempi, notava l' infermo un senso di peso all' ipocondrio destro, e quando fu visitato la prima volta quivi constatavasi il turgore epatico. Il solito purgante, che dissipava ogni cosa un tempo, ora non agiva che debolmente. Dunque io ammetteva, che lo stato dis-

peptico del paziente, persistendo ed aggravandosi, era associato alla iperemia del fegato, e che questa ad ogni peggioramento si faceva maggiore, finchè era diventata sensibile e palpabile anche all'ammalato medesimo.

Ma l'anamnesi ci fa sapere, che col peggiorare delle condizioni del paziente si era infine manifestata anche un'altra circostanza, gli edemi ai piedi ed un certo torpore nelle estremità che più tardi vennero occupate dall'edema. Non vi sono insieme alterazioni cardiache, nè altre da cui gli edemi potessero dipendere; dunque bisogna ammettere, che colla crescente iperemia del fegato originasse finalmente anche un'alterazione in un organo vascolare, per cui potessero e dovessero insorgere gli edemi esterni, e quell'organo fosse la cava ascendente.

Infine la storia ci informa intorno a quest'altra importantissima circostanza: col determinarsi, coll'estendersi e confermarsi degli edemi esterni, crebbero a dismisura i sintomi intestinali, ed il fegato raggiunse proporzioni insolite. Se male non mi appongo, bisognava concludere, che la supposta alterazione dell'organo vascolare era comprovata dai fatti ultimamente allegati, in quanto che la difficoltà che ne veniva al deflusso del sangue nella cava inferiore, si faceva sentire necessariamente sulle vene epatiche, come su tutti i confluenti della cava. Quindi, il fegato tumidissimo, la estrema anoressia, il meteorismo, la scarsezza considerevole delle urine, l'ascite, gli edemi esterni, che salirono fino al di sopra dei lombi.

Se in mezzo a tutti questi fatti vorremo tener calcolo anche del conseguente spostamento del cuore e di un relativo dissesto funzionale anche di questo viscere, sia pure; ma, come si vede, il cuore deve essere intervenuto ulti-

mo: avrà aggravato, non determinato i fatti, quali vedemmo cronologicamente nascere e crescere e persistere.

Quale era, si domanderà, lo stato della vena cava ascendente?

Convinto dai reperti anatomo-patologici ch'io non errava quando m'imponeva il compito di indagare la ragione per la quale gli edemi esterni nell'affezione epatica sogliono comportarsi; e d'altra parte, avendo constatato, che la vena cava offre nella sua struttura delle varietà riferibili, non solo al calibro, ma anche alla quantità dei muscoli della sua parete; io doveva pensare alla possibilità che nel caso attuale alla iperemia epatica andasse congiunto un eguale stato delle pareti della cava, e che conseguentemente fosse venuta meno l'attività delle pareti medesime, ed il vaso, dilatandosi, favorisse nel modo che ora si conosce, la stasi nell'albero venoso sottostante.

Posso dire che non congetturava così una qualunque ipotesi, ma applicava il dettato della mia esperienza. La diagnosi fu questa: *Grave iperemia del fegato, delle pareti della cava ascendente e dilatazione di questa.*

Riassunto del Diario. — L'ammalato, contro la generale aspettazione, dopo 52 giorni di degenza nella Clinica medica usciva completamente guarito.

Dopo tre anni e mezzo e più dalla cura vive in condizioni floride e, secondo le sue espressioni, ringiovanito.

Premetto tali notizie ad altre considerazioni per escludere anticipatamente argomentazioni contrarie a queste come alle cose suesposte.

Non nasconderò che talvolta, sebbene fossi portato alla diagnosi da un sistema di argomenti che mi pare-

vano inconfutabili, pure mi si presentava l'insieme della sintomatologia quasi a reclamare da me un atto di resipiscenza. Allora meditava le probabilità delle diagnosi di cirrosi epatica.

Ma poi l'evidenza dei fatti ripigliava il sopravvento, e la mia convinzione primitiva ricalcitrava contro una diagnosi diversa dalla esposta. A completa spiegazione dei fenomeni tutti attuali e di altri possibili, accordava che per la grave iperemia epatica, resa anche più grave dalle condizioni morbose della vena cava, nel fegato coesistesse la infiltrazione grassa delle cellule epatiche, e che in seguito avrebbe potuto avviarsi il processo della cirrosi; forse in alcuni punti, qua e là, poteva anche darsi che incominciato fosse il lavorio interstiziale; ma la condizione fondamentale, quella curabile, era la preannunciata.

Lo scopo terapeutico che mi proposi, era duplice: intrattenere un processo di esalazione intestinale sierosa mediante l'uso dei sali medi a dosi generose secondo la tolleranza, ricorrendo tratto tratto a qualche drastico; e mediante ripetute e vaste applicazioni di revellenti cutanei determinare nella innervazione vaso-motoria addominale un eccitamento funzionale riflesso, valevole a diminuire il torpore circolatorio.

L'alimentazione, presso che nulla in principio, la limitai durante la cura alla più stretta necessità, ordinando che il poco che veniva introdotto, contenesse tutti i migliori elementi della nutrizione.

Appena il paziente potè discendere dal letto, fu sottoposto all'azione del bagno solforoso generale caldo; ed anche mediante questa funzionale sovraeccitazione cutanea

notai vantaggio progressivo nel benessere generale e nel risveglio della funzione gastrica.

Il paziente fu dimesso coll'avvertimento ch' egli doveva rigorosamente attenersi a determinate norme igieniche per vivere sano e queste norme sono: usare una alimentazione mista, appena sufficiente, limitare l'introduzione dei liquidi, procurarsi deiezioni alvine piuttosto molli giornalmente e condurre vita attiva.

L'ultima volta che visitai il paziente, ho confermato che il cuore è sanissimo, con sviluppo complessivo proporzionato alla persona, e le sue due metà pure tra di loro proporzionate. Il ventre di volume normale, ma un ventre che, secondo le mie ricerche (delle quali a suo tempo darò i risultati) mostra il segmento sopra-ombelicale molto più sviluppato del sotto-ombelicale. Lo che, a modo mio di vedere, è atto a spiegare il perchè nella persona, solo per la non rigorosa osservanza delle comuni norme della igiene, si facilitasse la congestione epatica; quindi ancora atto a spiegare perchè il paziente avesse bisogno di ricorrere quasi periodicamente all'uso dei purganti.

Sono decorsi ormai cinque anni dall'epoca della guarigione e L. P. trovasi tuttavia in eccellenti condizioni di salute che deve alla migliorata igiene.

8.ª *Anamnesi.* — Campagnola Regina d'anni 17, contadina, entrò nella Clinica medica il 15 Agosto 1885. Nacque da padre sano e robusto e da madre mingherlina, spesso infermiccia. Ha cinque fratelli vivi, sani e robusti, ed altri cinque perirono ad epoche diverse dalla nascita: ed questi uno, gemello alla Regina, moriva nato appena.

Infante non superò malatie: fanciulla ebbe il morbillo. Pare che tra l'ottavo e il decimo anno abbia superato una grave malatia, in cui avrebbero predominato sintomi addominali: racconta di una tumefazione del ventre, che in fine erasi fatto enorme, con dolori intensi, per cui non poteva restare in letto, e passò lunghe ore fra le braccia della madre. Questo grave stato pare cessasse dopo un' abbondante emissione di urine.

Importa sapere che successivamente fu molto disposta a sofferenze gastro-enteriche, specialmente nelle epoche estive: aveva abituali flatulenze, stitichezze, emorroidi, e quando evacuava l'alvo, fuoriusciva la mucosa del retto, che poi con gran pena e stento rientrava.

Tali sofferenze, che si mitigavano colla fredda stagione e colla calda esacerbavano, si protrassero fino all'insorgere dei sintomi della malatia attuale, che fu nel corso della state.

Non si pronunciarono mai fenomeni mestruali, lo stato generale della paziente sempre meschino, le facili gonfiezze del ventre e le coliche flatulente le impedivano di adoperarsi nei lavori campestri. A rendere minori i suoi patimenti aveva appreso ad evitare l'eccesso del cibo e delle bevande, che non potevano essere che di poca acqua, mai di sostanze alcooliche.

Il peggioramento del suo stato, che iniziò poi la sintomatologia attuale, fu il gonfiarsi maggiore del ventre, dove il medico riconobbe la incipiente raccolta ascitica, che presto occupò l'intera cavità addominale, e prima ancora che venisse praticato cura alcuna, la paziente venne consigliata a riparare nella Clinica.

Stato presente. Sviluppo personale deficente rispetto

alla età; nutrizione assai scarsa, cute di colore bianco-terreo, asciutta, ruvida. Le rughe della fronte e quelle che dalle pinne nasali arcuate discendono verso l'angolo della bocca, danno alla paziente aspetto senile. Le mucose assai pallide. Collo sottile, le giugulari assai tumide. Il torace è deforme per l'enorme espansione degli archi costali, che accompagnano altrettale gonfiezza del ventre. Però è da avvertire che solitamente i bordi inferiori del costato, quando sono influenzati dalla forte pressione intraddominale, non solo si espandono, ma quasi si estroflettono, e che se a persona eretta e sana il piano di essi bordi costali è verticale, in questi casi, cui si accenna, il piano loro si fa obliquo ed eccezionalmente si avvicina all'orizzontale. Nella nostra paziente invece si osserva, come si disse, la parte inferiore del costato enormemente espansa, ma tale espansione comincia a notarsi già alle quinte coste, e gradatamente cresce in basso. Per la qual cosa, se nei casi ordinari si può dire che la pressione intraddominale si esercita sulla parte di costato che concorre a formare la volta addominale, nel caso attuale bisognava ammettere, che la detta pressione si esercitava sulla volta medesima, sollevandola e spostando i visceri in modo eccezionale, espandendo quindi il torace anche in alto.

Questo fatto ha una grande importanza sia per la misura insolita con cui s'è verificato, sia per l'applicazione che ne posso fare discutendo il mio argomento.

La circonferenza massima del ventre era di cent. 105, l'altezza dello scheletro di cent. 135. Il torso dell'inferma somigliava a un'otre, e la faccia senile e le sottilissime estremità parevano aggiunte per figurare una mostruosità piuttosto che una forma umana regolare.

Anche indipendentemente dall' ampiezza della periferia addominale, considerando l'estensione della linea che separa la base dell' apofisi ensiforme dalla sinfisi pubica, bisogna ammettere che originariamente la cavità dell' addome dell' inferma doveva essere molto sviluppata rispetto al rimanente del corpo.

La forma dell' addome era quale appartiene a quelle condizioni che lo fanno sporgere anteriormente più che dilatare lateralmente. Questo, a tutta prima, avrebbe dato alla paziente l' aspetto del cistovario, la *facies ovarica.*

Sul torace non si riscontrò nulla di notevole, oltre lo spostamento dell' ottusità epatica e di quella del cuore. Questo era portato in alto a toccare la seconda costa a sinistra e il limite inferiore del quarto spazio intercostale a destra; la sua base misurava cent. 7,2; il ventricolo sinistro 7; il ventricolo destro 9,3. I suoi toni sono normali e molto superficiali.

Il fegato colla sua ottusità arrivava in alto sino sulla quinta costa (linea parasternale destra), in basso si estendeva oltre la settima, ma non si riusciva a limitarla precisamente. Riflettendo al già notato eccessivo sviluppo dell' addome rispetto alle altre parti del corpo, si riteneva che nella paziente il fegato fosse *ab origine* molto voluminoso.

Su tutta le superficie antero-laterale del torace e del ventre si vedevano distintamente le vene sottocutanee turgide, e, s' avrebbe detto, assai più numerose del normale, tanto che formavano una rete estesa e fitta, come rarissimamente si osserva.

Questa rete venosa era data da eccezionale ingrandimento delle diramazioni dell' epigastrica e della mam-

maria fra loro anastomizzate. Il tronco della mammaria, là dove si nascondeva sotto il secondo spazio intercostale, era visibilmente pulsante. L'ombelico era sporgente, ma intorno intorno non vedevansi dipartire le vene che in altri casi costituiscono il *caput medusae*.

La percussione del ventre limitava la ottusità colla concavità in alto, come avviene per la raccolta ascitica. Tuttavia se si consultava diligentemente il grado dell' ottusità, notavansi delle differenze, che inducevano a sospettare che il liquido non fosse interamente libero in cavità, oppure che insieme alla raccolta libera coesistesse od una raccolta saccata, oppure una cisti che avrebbe dovuto essersi sviluppata dall'ovario sinistro.

Su questa regione laterale inferiore sinistra dell' addominale era anche un po' differente la resistenza alla palpazione. Il fiotto caratteristico dell' ascite quivi pareva incontrasse qualche difficoltà a trasmettersi intero e abbondante.

Facendo tenere alla paziente diverse posizioni, la ottusità del ventre si modificava secondo le leggi della gravità, ma non si modificava tosto che la paziente cambiasse posizione, ed era mestieri attendere qualche istante: pareva che il liquido incontrasse qualche altro ostacolo nel livellarsi secondo le diverse posizioni. Però quando si fece giacere la paziente in modo che avesse la parte superiore del tronco più bassa delle natiche, vedemmo immediatamente farsi ottusa la regione epigastrica. Erano risuonanti le regioni postero-laterali superiori dell' addome; così pure risuonavano uniformemente le due regioni iliache esterne.

Gli arti inferiori erano, come i superiori, magri,

secchi, e così pure la cute delle pareti anteriori, laterali e posteriori dell' addome era asciutta, secca, come di raro s' incontra.

La paziente era assai stremata di forze, pallida, disappetente. La respirazione frequente, superficiale; il polso a 110-120; la temperatura normale.

Era sempre stitica; le urine scarsissime (75-90 c. c.), torbide per urati, intensamente acide, peso spec. 1028, senza albumina, molta urofeina, minime traccie di pigmento biliare.

La paziente soccombeva la notte del 25 Dicembre dello stesso anno 1884, dopo quattro mesi e mezzo circa di degenza.

Diagnosi. — È stata oggetto di molte ricerche, di lunghe dissertazioni di semeiotica, perchè non affatto volgari erano alcuni sintomi, perchè arduo n' era il diagnostico, perchè ignoravasi affatto quali potevano essere state le cause che l' avevano influita. Ma troppo divagherei dal mio argomento, se volessi riprodurre ogni momento della storia, non che tutta la discussione diagnostica, che dovette necessariamente agitarsi fra i criteri differenziali.

Avendo escluso altri processi morbosi ed accolto quello della cirrosi epatica, non mi attentai a dimostrarlo se non quando, eseguita la paracentesi (reclamata per altre considerazioni diagnostiche sulla chimica composizione della raccolta), ho potuto assicurarmi dello stato del fegato e della milza.

Il primo riconobbi ingrandito e indurito a superficie liscia e a bordi sottili; la seconda del pari notevolmente

sviluppata. In altre località dell' addome non riscontrai nè tumefazioni, nè tumori, nè altre anomalie.

I sintomi più speciosi, e che per me dovevano essere come punto di partenza per il ragionamento diagnostico, erano i seguenti:

1.° il volume straordinario dell'ascite e la sua rapidissima riproduzione.

2.° lo sviluppo pure straordinario delle vene sottocutanee dell' addome.

Amendue parlavano per una grave difficoltà nella circolazione portale; e ammessa questa, senz' altri sintomi che direttamente ed indirettamente accennassero ad altre condizioni morbose, l' ascite così detta essenziale, la peritonite cronica secondaria a malatie delle glandole, la trombosi della porta, ecc., io doveva ammettere che la circolazione portale fosse imbarazzata nelle sue espansioni intraepatiche.

Poteva darsi nel fegato qualche altro processo morboso, per es. il cancro, o qualche altra neoplasia, che insieme alla secondaria cirrosi ne esagerasse in tal modo la sintomatologia. Ma mentre non aveva alcun dato fisico per supporre questa combinazione di cose, l' età della paziente non permetteva nemmeno che si confermasse il sospetto.

Dissi trattarsi di *cirrosi epatica.*

Mancava ogni nozione eziologica; ma avendo in proposito ricordato qualche altro caso nel quale la cirrosi epatica non poteva dirsi effetto di questa o di quella causa, aggiunsi che nella assenza delle note cause esterne, e d' altre esteriori operanti sull' organismo, si dovea cercare in esso tutti i momenti capaci di produrre la

malatia; e citava l'esempio di qualche altro infermo da me studiato sotto questo rapporto importantissimo.

Il perchè anche nel caso attuale parvemi si dovessero ricercare le condizioni morfologiche dell'organismo atte a determinare nell'organo epatico una speciale predisposizione, e fors'anco la malatia medesima.

Rilevai quindi il fatto dell'incompleto sviluppo della paziente, della mancata evoluzione dell'apparato sessuale, quello della piccolezza del cuore e delle arterie, quello dello sproporzionato sviluppo primitivo dell'addome, e specialmente del segmento superiore, e mi chiesi: Se tutto ciò significasse per avventura la esistenza nella paziente di una anomalia di sviluppo degli organi circolatori con relativa strettezza del sistema aortico, potremmo noi giungere a spiegare l'origine della malatia?

Le circostanze di fatto che mi fecero concepire questo pensiero, non ancora recavano con sè la necessità della cirrosi epatica; ma quella che si riferisce allo sproporzionato sviluppo della cavità addominale per me, abituato da anni a fare raffronti morfologici e patologici in proposito, dava alla ipotesi un certo grado di probabilità, tanto più che mi pareva venisse chiara la spiegazione dei due sintomi surricordati, l'ascite e lo sviluppo delle vene, entrambi straordinari.

Alla diagnosi di *cirrosi epatica* aggiungeva: in *soggetto con deficente sviluppo del sistema aortico.*

La circostanza dello sviluppo sproporzionato, massime nel segmento superiore dell'addome (e intendo sviluppo congenito), per me costituisce una speciale predisposizione ad affezioni epatiche, oppure a sintomi epatici a seconda

dei casi [1]. Però date le conseguenze di una mancata evoluzione dell' organismo, si dovevano realizzare le condizioni morbose alle quali era predisposto il fegato.

Ad ogni modo, per entrare direttamente nel principale argomento mio, doveva rilevare che nella paziente, *sebbene fosse straordinaria l'ascite e la tensione della parete addominale, enorme e crescente lo spostamento del cuore*, che arrivò anche più in alto, come vedremo dal reperto necroscopico, *sebbene si manifestasse pronunciatissima l'idroemia, pure non si vide mai edema agli arti inferiori, nè nella parete dell'addome, nè nella cute della parte inferiore e declive del tronco.*

Nel tempo che durò la malatia, si praticò 15 volte la paracentesi, ed ogni volta si estrassero da 14 a 16 litri di liquido.

In fine la paziente era, si può dire, ischeletrita, perchè lo stomaco rifiutava ogni cibo, ogni conforto. Addolorata spesso nell'addome, impotente a muoversi da sola anche nel letto, con polsi impercettibli, quasi comatosa, solo allora si videro i piedi e gli stinchi un po' succolenti, ma ogni altra parte assolutamente asciutta.

Necroscopia [2].... Ciò che colpisce, è il volume dell' addome, da sembrare che tutto il resto non sia che

---

[1] Devo limitarmi ad esporre succintamente il fatto mio senza molti commenti per non uscire dall'argomento principale, e perchè quello che dovrei soggiungere fa parte di un sistema di idee che seguo nella pratica clinica, e che svolgerò, spero, a suo tempo in un lavoro speciale.

[2] Eseguita dalla Scuola d'anatomia patologica il 25 dicembre 1885 e trascritta dal relativo verbale.

tante appendici al medesimo; inoltre alle regioni inferiori del torace e superiori dell' addome, sviluppo delle vene molto spiccato.... Torace ampio, certo per il forzato innalzamento del diaframma da grande quantità di liquido fluttuante che trovasi nell'addome. La cute delle pareti dell'addome è smagliata come nelle gravide. La vulva è come spinta in fuori da una forza interna.

Si ommette quello che si riferisce al capo perchè senza importanza per noi.

Aperto il torace, si vede che la parte più alta a cui arriva il diaframma, corrisponde al margine inferiore della 4ª costa a destra, al margine superiore della 4ª costa a sinistra. Il cuore è tanto spinto in alto che l'arteria polmonale è in contatto colla clavicola; desso giace orizzontale. Il margine superiore dell' arco dell' aorta è portato al margine superiore della clavicola.

Nell'addome 14 litri e $^1/_2$ di liquido. Il peritoneo parietale ispessito; il viscerale rivestito da essudato tenue, che conglutina fra di loro le anse intestinali. L'intestino intero presenta catarro cronico, massime il crasso.

Il fegato complessivamente un po' più voluminoso del consueto. Dalla parte posteriore della superficie inferiore sporge la massa epatica in guisa di tumore che comprime la vena porta, ma non da accluderne nè da ridurne il calibro. Tolto dalla sua sede apparisce deforme, come ridotto, costipato dovunque, meno in quella porzione che si disse sporgere a mo' di tumore. La resistenza dell'organo è dura, e alla superficie del taglio si vede la glissoniana fortemente ispessita, anzi ingrossata, costituente un tessuto di colore grigio-biancastro d'aspetto cicatriceo. In qualche punto ricorda precisamente la cotenna del sangue; lo spes-

sore in qualche punto è più di mezzo centimetro. Dalla ispessita glissoniana partono diramazioni di varie dimensioni, che attraversano il fegato suddividendo il parenchima in lobi di diversa grandezza od isole, che si vedono alla loro volta intersecate da più minute e fine diramazioni congiuntivali. Il colore delle isole del parenchima epatico è giallo-rossastro-scuro, e contrasta colle grigiastre diramazioni suddescritte.

All'esame istologico gli elementi epatici si vedono deformati, ricchi di pigmento, più o meno degenerati in grasso. La struttura della capsula e delle sue ramificazioni è formata di fibre connettive più o meno dense. La produzione connettivale si diffonde lungo il sistema portale, mostrando, soprattutto in alcuni punti, l'aspetto caratteristico della cirrosi portale.

Il *cuore*, di volume minore di quello che si conviene all'età dell'individuo, sembra un cuore infantile. Giudicando dall'esterno si poteva rilevare che il ventricolo sinistro vinceva il destro per ampiezza e per la massa. I vasi venosi che si vedono sulla superficie del cuore, non mostrano nè per numero nè per calibro alcuna anomalia. Le pareti del ventricolo sinistro nel loro massimo spessore misurano centim. 1,2. Dalla cavità del ventricolo sinistro non si può insinuare l'indice nell'orifizio aortico. Confrontando la cavità del ventricolo sinistro con quella del destro, si trova la prima più ampia della seconda, senza che per questo si potesse dire dilatato; piuttosto si dovette ritenere anormalmente piccola la cavità del destro. Le pareti di questo nel punto di massimo spessore misuravano c. 0,2 circa. Le colonne carnee dei due ventricoli offrivano pure enorme differenza di sviluppo e con-

sistenza, essendo quelle del primo solide e robuste, quelle del secondo come atrofiche.

L'aorta alla sua origine sull'angiometro misurava millim. 15,7; l'arteria polmonale alla sua origine mm. 22,5; l'aorta all'origine dell'innominata mm. 15,8 e alla distanza di un centim. dalla sua biforcazione mm. 6,5.

La vena cava ascendente normale affatto; allo sbocco nell'auricola misurava solo mm. 24,5.

Intorno a questo caso mi arresterò solo quanto richiede il mio argomento, sebbene meriti per molti riguardi speciale trattazione.

L'ascite e la stasi nel dominio della porta, dopo avere ventilato altri progetti diagnostici, mi trassero alla diagnosi della cirrosi epatica.

Abituato a ricercare nella speciale morfologia dell'organismo le condizioni contribuenti alla origine delle malatie od alla loro speciale espressione clinica, mi parve che la imponenza dell'ascite, come lo straordinario sviluppo delle vene della parete anteriore dell'addome e del torace, accennassero a qualche speciale condizione vasale, da cui venisse da un lato la abituale iperemia epatica e dall'altro la necessità delle non comuni anastomosi venose.

L'esame anatomico e fisiologico della paziente mi fece sospettare un difetto di evoluzione del sistema vascolare aortico, e senza azzardare una spiegazione patogenetica qualunque, mi contentai di mostrare la possibilità di rapporti fra lo stato anormale del sistema vascolare, la malatia e la sua singolare espressione clinica.

Quanto poi al mio argomento principale, ho rilevato

l' assenza assoluta di edemi esterni malgrado la forte pressione intraddominale, malgrado lo straordinario spostamento del cuore e la crescente discrasia. La qual cosa alludeva alla normale condizione della vena cava inferiore.

La necroscopia ha constatato la cirrosi epatica, *lo stato normale della vena cava ascendente, ammesse nella formula diagnostica*, non che l' anomalia vascolare reputata come coefficiente morboso.

Per quello che si riferisce alla mancanza degli edemi esterni e alla normalità della cava ascendente, in questo caso singolarissimo, dobbiamo trarre argomento di confronto per ciò che dissi intorno ai rapporti degli edemi e della lesione della cava.

Quanto alle relazioni che possono essere corse fra l' anomalia vascolare, la cirrosi e la forma clinica, debbo confessare che anche dopo la conoscenza del reperto necroscopico non posso dare alle idee diagnostiche suaccennate maggiore determinatezza per meglio chiarire l' origine della malatia.

Però rimango tuttavia in questi dubbi: 1.° Se sussistono rapporti di patogenesi tra la epatite e il difetto d' evoluzione del sistema arterioso, come si possono rendere evidenti? 2.° Se non sussistono questi rapporti, quale causa può avere prodotta la speciale forma cirrotica? 3.° Da questa più che da altro dipesero e la colossale ascite e lo straordinario sviluppo delle anastomosi venose?

Ad 1.ª Mi consta che in alcuni individui, *cæteris paribus*, il fegato è un organo relativamente più sviluppato e, rispetto all' intero sistema circolatorio, si può considerare come un vasto seno, dove si raccoglie, più che in altra parte del corpo, molta copia di sangue, e dove

pare che il corso della massa sanguigna, per ragioni idrauliche facili a riconoscere, si muove con maggiore lentezza. Ciò deve essere stato nella nostra paziente, e i suoi precedenti morbosi lo attestano.

Mi consta del pari che in alcuni individui lo sviluppo del cuore e delle arterie non si compie regolarmente nelle età successive della vita; che quando ciò avvenga all'epoca della pubertà, nascono patemi generali, che si manifestano colle forme varie della clorosi. Ciò deve essere avvenuto nella nostra paziente, come apparisce anche dalla storia.

Allorchè non sia regolare lo sviluppo del sistema vascolare arterioso, il cuore può essere più piccolo, del normale e le arterie sebbene possano allungarsi, si sa che in proporzione non si allargano. Locchè fisiologicamente si traduce in questi altri termini: ad una certa epoca dello sviluppo può darsi che in alcuni individui, senza che aumenti il contenuto nel sistema vascolare, aumenti relativamente all'arresto di sviluppo del cuore e dei vasi, la pressione interna alle arterie.

Date queste condizioni, quali conseguenze ne derivano?

Stando al nostro caso, le conseguenze prime si devono essere fatte sentire sulla circolazione epatica, dove la pressione interna deve essersi gradatamente fatta maggiore.

Ma quando si dice circolazione epatica, si accenna a fatti idraulici diversi, perchè quello che avviene nel sistema portale, differisce da quello che avviene nelle arterie epatiche. Le conseguenze di questi mutamenti nella idraulica del fegato non si possono facilmente arguire; però non potremmo che affermare un fatto, che è questo, che *la cirrosi nella nostra paziente è stata l'ultima conseguen-*

za di diuturne sofferenze dell' apparecchio digerente, le quali si esagerarono nell' epoca della pubertà, cioè quando meglio si pronunciò l' irregolare sviluppo del sistema circolatorio per mancata ulteriore evoluzione del medesimo.

Ad 2.^{m} La glissonite venne da alcuni ammessa come una manifestazione di sifilide costituzionale. Tuttavia deve soggiungersi, che questa è ipotesi, non una cognizione accertata, nè generalmente ammessa. Per la qual cosa fra la ipotesi patogenica precedentemente esposta e questa della sifilide credo utile accogliere la prima, come quella che viene suggerita dai fatti anatomici e fisiologici considerati e come quella che apre l' adito ad indagini cliniche nuove, riconoscendo, che quanto all' esistenza della sifilide nel caso attuale, nulla ci autorizza ad ammetterne fondato sospetto e che è necessario si assicuri la esistenza di rapporti necessari tra sifilide e glissonite sì che questa debba ritenersi una espressione anatomica di quella.

Nel caso nostro pertanto conviene riconoscere, che nè l' anamnesi, nè la sintomatologia, nè il reperto anatomico, fanno con qualche probabilità pensare alla sifilide costituzionale.

Ad 3.^{m} Mentre non potrei sulla base dei concetti morfologici edificare intera la spiegazione patogenica della epatite, non potrei del pari fondare nemmeno la spiegazione dei due fenomeni straordinari più volte ricordati, l' ascite e le anastomosi venose. Però è necessario ed anche ragionevole chiederci, se per avventura questi due fenomeni non stessero in rapporto colla generale glissonite.

Sarebbe utile alla clinica potere stabilire bene questi

punti, perchè il significato semeiotico dei surricordati fenomeni concorrerebbe alla diagnosi differenziale tra la cirrosi volgare e quella secondaria alla glissonite.

Pertanto parrebbe, che in causa della alterazione della glissoniana dovesse essere interrotta una delle vie di scarico collaterale della porta. Qualche volta, invero, quando nella cirrosi si verifica l'aderenza del fegato col diaframma per mezzo di neomembrane vascolarizzate, queste, ricevendo il sangue dalla porta, lo versano nelle vene diaframmatiche inferiori, le quali sono contribuenti della cava inferiore. Nel caso nostro questo risorsa mancava.

Ma lasciando pure da banda questo, che non si incontra che di rado, devo rilevare, che certo era venuta meno un'altra risorsa che più generosamente soccorre alle difficoltà del circolo portale. Imperocchè, attesa l'alterazione surricordata della glissoniana, trasformata in tessuto connettivo duro e retrattile, le vene diaframmatiche, che si gettano nel legamento sospensorio e da questo, penetrando nel fegato, vanno a contrarre rapporti diretti colle diramazioni portali, non potevano certamente esportarne il sangue e versarlo nella cava; quindi dovevasi manifestare maggiore l'ostacolo idraulico nella porta.

E questo poteva forse essere causa precipua della copiosissima ascite e della sua rapida riproduzione?

Io non credo che v'abbia proporzione tra causa ed effetto.

Un altro fatto va rilevato, ed è che il grande sviluppo delle vene sottocutanee, se da un lato accusava l'ostacolo circolatorio portale, dall'altro dinotava che il luogo di scarico del circolo supplementare non era affatto

libero; per ciò l'ostacolo portale risultava maggiore, quindi anche per questo doveva verificarsi l'ascite fenomenale in luogo di diminuire gli effetti delle difficoltà circolatorie.

Ma quale era la ragione che ritardava siffattamente anche il circolo supplementare? Non è il semplice spostamento del cuore, che questo non era al grado in cui venne constatato alla necroscopia, quando e l'ascite e lo sviluppo delle vene apparivano già straordinari. Io credo, che la spiegazione possa aversi dalle condizioni di sviluppo del centro cardiaco.

Infatti, il cuore era piccolo, e il ventricolo destro non aveva nemmeno quel grado di ampiezza che in ogni caso s'incontra quando si sieno verificati in vita spostamenti d'organi e ostacoli circolatori. Lo spostamento del cuore dunque avrà solo contribuito a determinare il fenomeno idraulico in questione.

Io credo, che siccome originariamente nell'ammalata avevasi il fegato in proporzioni più sviluppate degli altri organi, così quando venne il processo morboso a ridurre la sua capacità vascolare, la esigenza del circolo supplementare dev'essere stata maggiore dell'ordinario, e quasi direi che quello che era l'organo epatico per il resto del corpo, tale doveva essere il circolo supplementare, cioè eccessivamente sviluppato.

Ma se anche non potesse menarsi per buona questa opinione, insisterei ad ogni modo nel negare che lo spostamento cardiaco solo abbia prodotto e intrattenuto il grave dissesto circolatorio, facendomi forte dell'osservazione anatomica. In altro individuo che periva per ascite purulenta e sanguigna in prima, chilosa poi, con lieve

grado di cirrosi, era lo innalzamento del diaframma portato a tale da piegare l'aorta ascendente in modo, che pareva costituita da due porzioni congiunte ad angolo ottuso: il cuore era pure spinto in alto quasi a toccare la 1ª costa, e ciò nulla meno non si vide mai così prodigioso sviluppo delle vene succutanee come nell'inferma della quale ho riferito la storia.

Per lo che, tornando al concetto della patogenesi della malatia epatica, mi pare di potere concludere così: È probabile che la mancata evoluzione del sistema cardiaco-vascolare abbia contribuito alla origine della malatia epatica, e quindi anche a rendere eccezionalmente gravi alcuni suoi sintomi, l'ascite e il circolo supplementare o vicario: e dopo ciò è importante constatare, che *coincideva l'assenza assoluta degli edemi esterni durante la grave malatia della paziente colla mancanza di qualunque alterazione della cava inferiore, sebbene coesistessero la enorme pressione intraddominale, eccezionale spostamento cardiaco, con difetto di sviluppo cardiaco e crescente idremia,*

Da tutti indistintamente si ammette, che la cirrosi epatica viene accompagnata dalla ascite e che in seguito a questa più o meno presto, o più o meno tardi, ma specialmente a stadio avanzato della malatia, possono presentarsi edemi ai piedi, alle gambe, coscie, allo scroto e sin anco alle regioni lombari ed alle pareti addominali.

Così pure tutti ammettono, che la causa principale di questi edemi sia la straordinaria pressione intraddominale, che l'ascite ed il meteorismo producono, e che si esercita sopra le vene iliache e la cava inferiore.

Inoltre si ritiene, che l'idrope di tutte le parti inferiori del corpo venga in alcuni casi causato dalla compressione sulla porzione epatica della vena cava inferiore, quale effetto del retrarsi che fa il fegato cirrotico.

Infine a giustificare gli stessi edemi esterni, si ricorre eziandio alla condizione discrasica degli ammalati, condizione certamente valevole a favorire i trasudamenti.

Da tutto ciò argomento: che finora non s'è creduto necessario, nè utile di distinguere i casi nei quali gli edemi esterni compariscono precocemente, da quelli, nei quali compariscono invece tardivamente. — *Portal* p. es. annotò che la gonfiezza varicosa delle gambe e gli edemi possono manifestarsi nelle *ostruzioni epatiche* [1]), ma senz'altro. — *Frerichs* dice: « l'ascite ordinariamente precede l'edema dei piedi; però non si deve legare a questo fatto un valore diagnostico esagerato. In vero, *non è raro, che senza lesione cardiaca o renale, complicante la malatia del fegato, l'idropisia innondi contemporaneamente gli arti inferiori* » [2]). Non par vero che la sagacia del clinico berlinese non abbia veduto l'importanza di studiare questi fatti nella loro patogenesi. — *Bamberger* descrive benissimo gli edemi esterni che complicano l'ascite; li attribuisce alla pressione sulla cava esercitata dall'ascite, e conferma questa veduta dicendo, che spariscono quando sia operata la paracentesi, e ricordando un fatto nel quale gli edemi durarono, sebbene si praticasse la paracentesi, e nel quale l'autopsia dimostrò ristretta la

---

[1]) *Portal.* Observat. sur la nature et le traitement des malad. du foi.

[2]) *Frerichs.* Clinica delle malatie del fegato. Traduz. sulla ultima ediz. 1867, p. 321.

vena cava dal parenchima raggrinzato [1]. Ma anche qui nulla che si riferisca ad una veduta clinica speciale fondata sulla esistenza degli edemi esterni in epoca della malatia nella quale mancano le accennate condizioni produttrici degli edemi secondo gli autori, secondo me fattori secondari dei medesimi. — *Rendu* [2] e *Thierfelder* [3] che hanno raccolto con tanta diligenza i materiali pratici e scientifici sparsi nella letteratura moderna, nè dalle osservazioni altrui, nè dalle proprie furono portati a prendere in speciale considerazione gli edemi esterni dei cirrotici.

Non credo di prolungare inutilmente la fila degli autori da me ricercati, per dimostrare ciò che del resto è noto.

Ammesso dunque, come i fatti dimostrano, che la cirrosi epatica può iniziare con edemi esterni, sta bene che ci tratteniamo alquanto per riconoscerne il valore semeiotico.

Se si presentano in principio della malatia, è inutile invocare la pressione della ascite sulle vene degli arti, la più grave pressione dell'ascite e del meteorismo, che dovrebbe pure essere sentita dalla cava inferiore; com'è inutile supporre le condizioni discrasiche, perchè queste non sono che eccezionalmente così gravi da cagionare le necessarie alterazioni emodinamiche e tossiche favorevoli ai trasudamenti.

---

1) *Bamberger*. Handb. d. speciell. Pathol. und Therap. di Virchow. VIer B., 2 Aufl. p. 517.

2) *Rendu*. Dictionair. encycloped. de Sciences. mèdical. 4.e Série, T. 3.e

3) *Thierfelder*. Haudb. d. speciell. Pathologie u. Therap. v. Ziemssen. VIII. B., I Lief., p. 170.

Gli edemi di cui è parola, hanno importanza appunto per questo, perchè nei pazienti compariscono in connessione colle alterazioni dei visceri addominali lentamente, o rapidamente insorte. Le alterazioni addominali consistono in dispepsie, tensione del ventre, stitichezza o diarrea, con fenomeni emorroidali più o meno spiccati. Gli edemi poi o si limitano a modica succulenza attorno ai piedi ed allo stinco, *oppure grado grado si estendono, ed estendendosi devono accompagnarsi a sempre maggiore sviluppo delle sofferenze addominali.* Le quali o semplicemente aumentano per intensità, od aumentano anche per numero. In questo caso cresce un dolore all' epigastrio od all' ipocondrio, dolore spontaneo ed esacerbantesi alla pressione. Al dolore ipocondriaco va unito un senso di peso, di angoscia, e l' aumento dell' area epatica, la durezza, la resistenza del fegato, ecc.

Queste coincidenze sintomatiche hanno certamente un valore diagnostico; ma per essere veridici, bisogna distinguere fatti da fatti, ed allora troveremo quelli che dipendono dalla malatia epatica e quelli che direttamente non ne dipendono; questi ultimi sono gli edemi esterni.

Sono in connessione colla alterazione dell' epate, ma rappresentano ostacoli circolatorî fuori del dominio portale, *proprio nel dominio della cava ascendente.* Ciò non si può negare, tanto più se alle condizioni sopra indicate aggiungeremo, che nei pazienti mancano altre circostanze anatomiche valevoli ad impedire, o ritardare, il corso sanguigno nelle iliache; e tanto più ancora se gli edemi tendono ad invadere tutta quanta la parte inferiore del tronco.

Quando dico in genere ostacoli circolatorî proprio nel

dominio della cava ascendente, si comprenderà che non intendo si debba sistematicamente esagerare il valore di un sintoma, del quale anzi conviene distinguere nettamente le proporzioni e la varia significazione che può assumere.

Non in tutti gli individui si riproducono le stesse cose. In chi l'ostacolo circolatorio nasce per tempo, e si fa assai grave; in chi nasce tardi; dove è limitato, dove si estende. Però il compito del clinico consiste nello stabilire nel caso concreto che quelle edemazie non dipendono da altro che da un ostacolo nella cava.

Dal lato clinico questa diagnosi sintomatica ha un valore non leggiero. — Basta si rifletta che nelle vene sovraepatiche si fa sentire necessariamente il disturbo idraulico, che può aver luogo nella cava, [1]) e si consideri poi, che *in tutti i casi dove si constatò per tempo la concomitanza dei fenomeni della cirrosi cogli edemi esterni, il decorso della malatia è stato relativamente rapido e le sofferenze dei pazienti eccezionali.*

Nella stessa guisa che per le malatie cardiache si possono avere per del tempo indeterminato delle semplici succulenze ai malleoli, o tutt'al più lievi edemazie alle gambe, così anche quando nella cirrosi esiste ostacolo circolatorio nella cava ascendente, non è necessario che si manifestino gli edemi in tutto il dominio venoso che le spetta, nè che si manifestino copiosi e gravi. Quello che si trova giusto e vero nel primo caso, lo deve essere anche nel secondo: — per me dunque, *allorquando nella*

---

[1]) *Hodgson* in proposito notava, che nelle malatie croniche del fegato i rami delle vene epatiche sono talvolta riempiti di sangue coagulato, come conseguenza della stasi nella vena cava ascendente. *Tratt. delle malatie delle arterie e delle vene, Vol.* 2ª, *p.* 356.)

cirrosi mancano le solite condizioni di forte pressione intraddominale, e mancano condizioni discrasiche ed alterazioni centrali circolatorie, ed esistono edemazie anche lievi alle estremità inferiori, credo che si debba ammettere una alterazione nella funzione della vena cava ascendente; e tanto più grave sarà l'alterazione di questa, quanto più l'idrope esterna si manifesterà prestamente, più abbondante ed estesa.

In questa proposizione si comprendono tutte le possibilità riferibili e ai gradi minimi di ostacolo circolatorio nella cava, e ai gradi maggiori ed ai massimi. E, come è naturale, al differente grado di ostacolo idraulico dovranno anche corrispondere proporzionate condizioni fisiopatologiche.

Affinchè si rendesse chiaro il valore semeiotico degli edemi, ho ammesso l'assenza di qualunque altra causa capace di produrli. Questa non è certamente una condizione teorica: — la pratica giornaliera dimostra, che nè lungo gli arti, nè nell'addome, nè nel cuore, nè nello stato generale de' pazienti esistono le ragioni plausibili per la insorgenza degli edemi, — ed è compito del clinico constatarlo.

Mi si osserverà che v'hanno individui, che per motivo di età, o di costituzione ammalorata e deperita, hanno il sistema dei vasi facile a manifestare le minime varianti nel grado della tensione e della pressione intravascolare, colla dispersione di siero nelle parti lontane dal centro. Ma qui torna riflettere, che queste condizioni tutto al più esagereranno l'effetto di uno squilibrio idraulico nella cava ascendente in certi casi di cirrosi e di affezioni cardiache, e non saranno da reputarsi esse sole causa

degli edemi per il fatto che, preesistendo alla prima insorgenza della malatia epatica, o cardiaca, non producevano veruna edemazia.

Fin qui ho parlato degli edemi esterni che si sviluppano in alcuni casi nei primordi della cirrosi epatica. Restami a dire di quelli che si presentano nell'ulteriore decorso della malatia, quando sono più o meno spiccati tutti i suoi sintomi, e si possono mettere in questione tutte le circostanze registrate dagli autori, quali fattori necessari degli edemi.

In proposito rilevo, che gli edemi esterni non si vedono in ogni caso di cirrosi epatica; quindi dichiaro, che essi non appartengono necessariamente a questa malatia.

Non esistono forse casi di cirrosi, e gravi per lo sviluppo dell'ascite, senza che mai si presentino edemi diffusi alle estremità? Agli esempi prodotti aggiungerò un altro assai chiaro.

A Montecchio mi venne presentato da un collega, un carrettiere ammalatosi con vari disturbi di ventre, seguiti ben presto da notevole deperimento generale. Era un bevitore de' buoni. La dispepsia, il forte meteorismo, qualche sofferenza emorroidale di nuova insorgenza, poi la secchezza e la tinta della cute mi fecero pronunciare il giudizio di cirrosi epatica. Venne comprovata la diagnosi dal seguito dell'ascite, che crebbe presto a dismisura e necessitò la paracentesi. Questa fu praticata con grande sollievo del paziente, il quale principiò a desiderare cibo e digerire quasi come fosse sano. Ma l'ascite presto si rinnovò. Il paziente ciò non di meno, abbandonato il letto, peregrinava in paese e nei dintorni elemosinando per vivere. La paracentesi fu fatta, rifatta tante volte, e sem-

pre si estrassero 15-16 litri di siero. Dopo qualche mese rividi il paziente, e mi maravigliò *il ventre straordinariamente tumido per ascite, e le gambe affatto asciutte.* L'ammalato deve camminare per procurarsi da mangiare, nè per questo la sera gli si gonfiano le gambe; ne lo richiesi insistentemente, ed ebbi risposta negativa dal medico e dall'ammalato.

E non si danno anche altri casi morbosi nella pratica che hanno significato identico al precedente? — Ricordo quelli di voluminoso cistovario. Non voglio dire che sempre manchino anche in questi gli edemi all'estremità; ma che si danno casi ne' quali, malgrado la forte pressione intraddominale, malgradò tante cause perchè si spostino in molti modi i visceri, pure può mancare ogni traccia di edemi esterni. Quando questi si presentano, vuol dire che insorgono circostanze morbose che prima non esistevano. Così è dell'ascite e del meteorismo che s'incontrano nel decorso della cirrosi epatica.

Per me quindi gli edemi esterni che si manifestano anche a cirrosi inoltrata, non sono sintomi della malatia, ma di circostanze che sopravvengono a complicarla.

Io non nego che quando, p. es., l'ascite gravita nel ventre non influisca meccanicamente su tutte le parti esposte alla pressione, quindi anche sulle vene iliache portanti il sangue reduce dalle estremità; ma rifletto, che sino ad un certo punto gli stessi vasi, per la pressione interna che provano, reagiscono sul liquido circumambiente, e che per la spostabilità delle molecole idriche, la pressione dell'ascite, teoricamente valutata capace di un dato effetto meccanico, riesce invece innocente, o quasi. Se non è propriamente il liquido ascitico a contatto

dei vasi, vi sono invece delle anse intestinali, le cui pareti cedevoli come sono, non opprimono il vaso sottoposto, ma dal vaso vengono premute.

Restando l'ascite immutata, può darsi che aumenti o diminuisca la pressione addominale; e qui abbiamo da calcolare due altre circostanze: il meteorismo e la tensione delle pareti addominali. — Quanto maggiore il meteorismo, quanta minore la estensibilità delle pareti addominali, tanto minore è la spostabilità delle molecole idriche; quindi può darsi e si dà realmente, che la pressione intraddominale sia sentita maggiore o minore dai vasi [1]; ma sia sempre sentita come quella di un corpo cedevole, contro il quale reagiscono altri corpi dotati di un grado di tensione propria equivalente al grado di pressione del sangue nelle maggiori vene.

Da questo nasce che è bene diverso il caso p. es. di un cistovario a pareti grosse e di un cistovario a pareti sottili; il primo farà sentire sui vasi il peso proprio più fortemente del secondo, e tanto più fortemente quanto maggiore sarà la durezza e tensione delle sue pareti, perchè in ragione diretta dello spessore e della tensione delle pareti crescerà la resistenza che hanno da vincere i vasi.

Comprendo la pressione intraddominale durante l'ascite in questo modo: — egli è come se avessi introdotto nella cavità dell'addome un corpo voluminoso, ma capace di adattarsi a tutte le ondulazioni di superficie che incontra. In vero, è tanto capace di adattarsi che non resiste nemmeno a quella leggera e istantanea pressione

---

[1]) La storia I.ª lo dimostra col fatto della diminuzione dell'urina col crescere del meteorismo, o viceversa.

che io opero con un dito sopra un segmento del ventre, mentre voglio in luogo distante percepire la sensazione del fiotto addominale. La tensione venosa è certo superiore alla forza meccanica esercitata dal dito, e quindi non è giustificata la spiegazione colla quale in ogni caso di ascite con alquanto o molto edema esterno si suole generalmente dare ragione di questi.

Io procedo altrimenti: per le considerazioni or ora esposte, mi do ragione se in molti casi di ascite, ed anche di copiosa ascite, mancano gli edemi esterni. Quando questi si presentano, ne cerco la spiegazione in qualche altro fatto che deve operare di conserva coll'ascite.

Ed eccoci a considerare lo stato discrasico – l'idremia.

Anche di questa s'è abusato e si abusa. Nella cirrosi la si ammette sempre a spiegazione degli edemi, non perchè sia stata constatata di quel grado che necessita perchè si producano, ma la si ammette teoricamente. Si pensa così: questi è ammalato di cirrosi, ha la pressione intraddominale accresciuta, di più ha sconcertata la nutrizione generale, è anemico, idremico di conseguenza, dunque gli edemi ci devono essere.

Io al contrario ricordando individui che malgrado la condizione loro discrasica non presentano gli edemi, sento la necessità di concludere altrimenti. - Se l'ascite è straordinaria, se per essa la funzione del respiro e quella del circolo, atteso il sollevamento del diaframma e lo spostamento del cuore, malamente si compiono, allora comprendo come avvenga quel tale turgore del ventricolo destro, per cui anche alla percussione si trova ingrandito: nel qual caso rendesi difficile lo scarico della cave, e ne ho indizio nel turgore delle vene tutte. *Questo turgore può*

darsi senza edema; quando l'edema si presenta anche senza che il turgore venoso sia manifesto, ammetto venga favorito dallo stato discrasico.

Or bene, se passiamo in rivista i molti casi di cirrosi epatica, troveremo essere l'anasarca relativamente raro; più frequenti gli edemi alle estremità, e quelli che si estendono fino alla regione lombare.

Perchè, io mi chiedo, perchè questa limitazione nelle idropisie esterne? — Nei casi di cirrosi, dove si vuole spiegarli mercè lo stato discrasico, non si può escludere che esista pure una condizione centrale cardiaca opponentesi al libero deflusso della vena: tuttavia i fatti dimostrano che gli edemi, meno rari casi, sono limitati nel dominio della cava inferiore.

Io non posso trascurare il valore di questi fatti, tanto più quando ripenso, che altri individui egualmente discrasici non presentano i detti edemi. Conseguentemente devo concludere, che *gli edemi esterni, i quali soglionsi presentare a decorso avanzato della cirrosi epatica, sono effetto di impedito deflusso sanguigno nella vena cava inferiore per deficiente attività di questa e favoriti più o meno, a seconda dei casi, dal grado di pressione intraddominale, non che dallo stato discrasico.*

Qui si è necessario ricordare la efficienza della pressione intraddominale; perchè se una causa qualunque può rendere meno libero il corso del sangue nella cava ascendente, scema la pressione positiva intraortica, e scema uno dei principali sussidi della circolazione capillare; dove si rallenta il movimento idraulico per modo, che il grado di pressione interna, che normalmente hanno le vene periferiche e quindi le iliache, pel continuo efflusso di san-

gue, si abbassa, e cresce di conseguenza in modo relativo l'effetto della pressione circumambiente operata dall'ascite.

Qui pure è da ricordarsi la condizione discrasica, perchè se anche non fosse delle più pronunciate da bastare essa sola a produrre edemazie diffuse, può essere tale da rendersi sensibile per la facilità con cui lo siero trapela dai vasi dove è torpida e stagnante la circolazione.

Conseguenza delle considerazioni fin qui fatte è, che si devono distinguere i casi di cirrosi epatica che sono accompagnati a bella prima dagli edemi esterni, da quelli che non ne presentano traccia. Conseguentemente si comprende pure che anche i casi di cirrosi avanzata devono essere distinti a seconda che si sviluppano, o non si sviluppano gli edemi esterni. *Come in principio della malatia, così durante questa gli edemi esterni esprimono un mutamento nei rapporti idraulici della cava ascendente — una vera complicazione, la quale aggrava la malatia.*

So bene che si possono verificare altre circostanze anatomiche entro l'addome, nelle adiacenze dei vasi e dentro questi, capaci di rallentare il corso sanguigno e di produrre degli edemi. Ma in questi casi in cui si tratterà di tumori, di essudati infiammatorî, di trombi, la sintomatologia si atteggierà in modo che, o prima della comparsa degli edemi, o quando questi si presentano e si diffondono, si vedrà la differenza tra quelli dovuti agli ostacoli nella cava e quelli dipendenti da altri ostacoli in altra sezione dell'albero venoso.

Si possono dare casi di cirrosi epatica in persone che hanno in corso l'endarterite diffusa, e che per la malatia nuovamente insorta mostrano segni di generale inceppa-

mento circolatorio (forma cardiaca dell'endarterite); ma anche in questo caso se si esaminerà diligentemente il modo di comportarsi degli edemi, si vedrà che quelli riferibili al dominio della cava possono essere o più precoci, o più sviluppati, o più difficili a modificarsi colla cura, come vedemmo nella storia sesta.

Dalla quale pure si apprende, che mentre gli stessi edemi alle inferiori estremità ed alla metà inferiore del tronco, per essere stati molto più abbondanti che altrove, accennavano alla morbosa condizione della cava, così per essersi complicati nell'arto destro coi fenomeni flemmonosi, attestavano la presenza in questo di antiche varicosità. Per la qual cosa devesi ritenere, che se nei casi di cirrosi epatica si potrà prendere cognizione esatta del modo di presentarsi della circolazione venosa e degli edemi esterni, s'arriverà a conoscere i loro diversi fattori, evitando così il pericolo di troppo, o di esclusivamente valutare l'azione di uno a danno della conoscenza degli altri.

Fu detto che l'ascite comprime la cava inferiore, che per ciò vengono in scena gli edemi esterni.

Quest'asserzione giustifica quanto ho detto finora per dimostrare il mio assunto, perchè dimostra ad ogni modo che l'estensione che possono avere talvolta gli edemi, ha condotto necessariamente il pensiero degli osservatori sull'organo vascolare in questione.

Ma, secondo me, ciò che fu asserito — cioè la compressione della cava per opera dell'ascite — non fu provato ed è confutabile. - Mi basta perciò richiamare quanto più sopra ho esposto per dimostrare che la pressione intraddominale non basta a spiegare gli edemi esterni. Si

può aggiungere, che si danno casi di grave pressione intraddominale nei quali mancano affatto gli edemi; e finalmente che se fosse vera la circostanza asserita, questi si dovrebbero comportare differentemente dal come vediamo.

È certo che in alcuni infermi gli edemi si presentano, o si fanno maggiori quando abbandonano il letto per qualche tempo, e diminuiscono o scompaiono quando ritornano in posizione orizzontale. — Or bene, non è forse in questa posizione che dovrebbero maggiormente sentirsi gli effetti della gravitazione del liquido ascitico sopra la cava?

Ma non solamente nella cirrosi epatica, sì bene anche in altre malatie nelle quali il fegato e col fegato la vena cava ascendente possono provare conseguenze di alterata circolazione, si sogliono manifestare sintomi, dai quali si può arguire esistere la complicazione morbosa della quale stiamo discutendo. — Mi intratterrò specialmente sulle affezioni del centro circolatorio.

Discorrendo di queste in altro luogo mi sono studiato di mostrare come una diversa condizione anatomica primitiva del cuore contribuisca a generare delle varianti nella sintomatologia. Qui accennerò a fatti notissimi, quelli che si possono riassumere brevemente in ciò che, *cæteris paribus*, ne' pazienti si manifesta quale complicanza più o meno molesta, ognora dannosa nella turgescenza del fegato e nella precocità, estensione ed insistenza degli edemi esterni.

Dopo tutto quanto ho esposto intorno alla cava inferiore, si trova una spiegazione del fatto per cui mentre nella cava discendente poco o punto appariscono sintomi

da stasi, nella ascendente invece già da tempo esistono e possono essere estesi e gravi.

Se si confrontano le vene cave di due venuti a morte per vizio cardiaco, i quali in vita abbiano presentato diversità di sintomi per essere diversa la sede delle maggiori stasi venose, troveremo, che dove queste risiedevano più gravi nelle estremità e nello addome con alterazioni più pronunciate epatiche e renali, la vena cava inferiore offrirà qualche alterazione, sia pure questa la semplice dilatazione.

Tutto ciò vuol dire, che sebbene durante i vizi organici del cuore si possano avere motivi plausibili per la insorgenza degli edemi nel dominio delle cave; *pure quando si manifestano sproporzionati in quello della cava ascendente, dobbiamo considerarli come espressione di una vera complicanza, la quale consiste a) nella alterazione funzionale della cava inferiore; b) nella maggiore difficoltà della circolazione nelle vene sopraepatiche e con grave turgore epatico; c) nella difficoltà di deflusso delle renali, oltre che nella stasi delle vene reflue degli arti.*

Ragioni anatomiche, considerazioni fisiologiche, reperti necroscopici, fatti clinici concordemente si uniscono per dimostrare:

che la vena cava inferiore esercita una funzione idraulica proporzionata alla sua costituzione morfologica, la quale può variare da individuo a individuo;

che le alterazioni di funzione della cava rallentano il circolo nel fegato e nei reni come avviene si può dire in ogni affezione esauriente e danno luogo a sintomi di stasi nelle estremità, nel fegato, nei reni;

che queste alterazioni funzionali possono succedere alla partecipazione della vena alle iperemie epatiche, oppure allo sforzo delle sue pareti;

che queste alterazioni infine devono considerarsi come complicazioni frequenti nelle malatie del fegato, specie nella cirrosi epatica, e nelle malatie tutte del petto nelle quali, atteso l'ostacolo centrale alla circolazione, viene richiesto maggior sforzo funzionale da parte della vena.

Attenendoci strettamente al valore dei fatti clinici studiati possiamo conchiudere:

che la cirrosi epatica può esordire o assai presto presentare gli edemi esterni indipendenti da alterazioni funzionali cardiache e da ragioni discrasiche come da cause meccaniche intraddominali, i quali sono da considerarsi sintomi della alterazione della vena cava; la quale alterazione aggrava la cirrosi epatica;

che nelle affezioni cardiache, quando presto si stabiliscono gli edemi alle estremità e spiccano sintomi epatici, si può ritenere che la malatia cardiaca sia complicata da alterazioni funzionali della cava ascendente; complicazione che aggrava la malatia fondamentale, anche quando questa in se considerata non presenta le più gravi condizioni anatomiche.

che in tutti questi casi di malatie epatiche e malatie del centro circolatorio, devono esperirsi per tempo e prudentemente le cure evacuanti più opportune.

Sulla cura d'alcuni postumi dell'Emiplegia d'origine cerebrale

Sommario. — Di quali postumi si tratta. — Quale concetto dobbiamo formarci dello stato morboso in discorso; stato irritativo del midollo spinale secondario alla malatia cerebrale. — Storie cliniche. — Considerazioni generali sul metodo di cura proposto: le coppette scarificate e secche; il bagno; il massaggio; l'elettricità; il joduro potassico; la stricnina ed altra eventuale medicazione.

A pagina 108 e seg. di questo volume mi sono occupato della emorragia cerebrale per considerare questa infermità quale suole presentarsi fin dal suo primo apparire, cioè come uno stato morboso complesso dell'organismo; e per dimostrare che in molti casi l'attenzione del medico deve rivolgersi non solo alla sede del focolaio, ma anche su altri punti dell'organismo che direttamente, od indirettamente, l'influiscono.

Ora mi propongo tenere discorso intorno ad alcuni postumi della emorragia cerebrale ed alla cura dei medesimi, seguendo il medesimo ordine di idee. Mi proverò di mostrare, che, per il fatto della emorragia cerebrale, possono darsi sull'organismo altri fenomeni, i quali complicano la condizione primaria e quindi meritano speciale considerazione nei riguardi terapeutici.

I postumi dell'emiplegia di origine cerebrale variano, come è noto, secondo i casi: – gli uni possono essere lievi e

fugaci, gli altri di durata maggiore e guaribili presso che interamente; ma la maggior parte si considerano quasi indelebili. Possiamo prestar fede a *Duchenne* ed a' suoi discepoli nella elettroterapia, quando in seguito a lunga esperienza concludono, che $^1/_{20}$ degli ammalati guarisce, $^1/_4$ migliora, gli altri difficilmente abbandonano lo stato di impotenza nel quale sono caduti.

Come in ogni altro argomento di medicina, in questo pure poco decide il significato delle statistiche, perchè, si sa benissimo, che tra i colpiti dalla emorragia cerebrale si notano grandi differenze cliniche, e talora quegli che sembra il più compromesso, può cavarsela meno male e guarire, o migliorare, anche indipendentemente dalla cura. – Forse per questo *Hammond* vorrebbe ridurre la cura dell'apoplettico ai minimi termini, essendo per lui precetto fondamentale *lasciare l'ammalato tranquillo;* e pare che questa tendenza al metodo aspettativo sia seguita da molti quando alle prime prove elettroterapiche non si ottengono effetti soddisfacenti.

Ciò nulla meno ritengo, che, ammesse la varietà degli accidenti patologici, le spontanee guarigioni in molti casi, la incertezza dei nostri mezzi curativi in altri molti, non si debba rimanere con idee assolute ugualmente di fronte a tutti i casi. – Dirò anch'io con *Grasset;* la natura medicatrice è una gran bella cosa, ma non si deve fare sempre troppo a fidanza con essa. — Perciò è meglio francamente riconoscere, che la incertezza dei nostri precettì, come dei nostri mezzi terapeutici di fronte ai postumi della emorragia cerebrale, dipende dalla mancanza di cognizioni positive, di un metodo clinico atto a farci comprendere quando si debba intervenire coll'arte nostra e

quando no, quando questi mezzi, o quelli, debbano preferirsi.

I postumi, dei quali intendo occuparmi, sono le *contratture*, le *alterazioni trofiche*, (le quali possono presentarsi nel campo della emiplegia) e le *paralisi* medesime.

I mezzi adoperati contro i postumi dell'emorragia cerebrale si riducono alla elettricità ed all'idroterapia, coadiuvata dalla amministrazione dello ioduro potassico ed all'impiego della stricnina.

Credo di poter asserire, che generalmente si procede all'esperimento terapeutico seguendo il criterio empirico piuttosto che il criterio razionale e fisiologico. – Si amministra lo ioduro di potassio, perchè si ammette che giovi all'assorbimento del focolaio, a liberare gli elementi nervosi dalla presenza del materiale effuso, o prodotto dalla infiammazione reattiva, anche quando i fatti anatomici non corrispondono alle previsioni dottrinali. Vi sono casi nei quali il focolaio emorragico si assorbe facilmente, e la supposta infiammazione non si verifica.

Tuttavia l'emiplegia non scompare che parzialmente; nel lato paralitico si succedono fenomeni irritativi – forme spasmodiche e dolorose, più tardi contratture ed anche alterazioni trofiche. Si dà mano allora alla elettricità al duplice intento – influire sul focolaio emorragico e migliorare la funzione dei muscoli volontari. Ebbene, quantunque io sappia per mia esperienza che questo mezzo possa recare talvolta vantaggi non sperati, pure devo dire che vi hanno casi nei quali è inutile affatto.

Ma se ne continua l'uso egualmente, finchè arriva l'opportunità della cura balneare. Non saprei ben dire

se vera convinzione, o desiderio di esperire un'altra cura, sia il movente principale che induce i medici a prescrivere i bagni e le doccie termali. Forse quando l'una, e quando l'altro consiglia questi mezzi; ma sovente avviene che il successo smentisca la convinzione, o sorrida inaspettatamente al tentativo della cura suggerita dal desiderio di giovare non da esplicita indicazione clinica, od anche dimostri che dalla cura istituita piuttosto male che bene può derivare; sì che in ultimo non è mai chiara, sicura la via per giungere alla conoscenza della indicazione, o della controindicazione alla cura termale.

Come per la elettricità, così per la cura termale, dichiaro essere convinto per mia esperienza che può giovare in alcuni casi.

Non dirò della stricnina perchè nel caso mio è piuttosto controindicata.

Per lo scopo della cura gioverà farci un concetto adeguato dello stato morboso, quindi dobbiamo considerare anzitutto il centro nervoso cerebro-spinale e non il solo focolaio apoplettico; perchè se da un lato le anatomiche indagini sul sistema nervoso centrale hanno scoperto le alterazioni discendenti secondarie, dall'altra sappiamo che l'asse cerebro-spinale è influito dalle condizioni generali dell'organismo, non che da quelle speciali di alcuni organi. Per la qual cosa il quadro clinico della emiplegia ne' suoi esiti possibili ci rappresenta l'azione sul focolaio, più le conseguenze dirette di questo sulla innervazione spinale, più altri momenti patologici che ne possono alterare maggiormente la funzione.

Per comprendere bene l'azione del focolaio diamo

uno sguardo al sistema delle fibre piramidali, che è quello che viene colpito dal processo morboso.

Dalla regione motrice della corteccia cerebrale, le fibre nervose attraverso la sostanza bianca dell'emisfero, si dirigono alla capsula interna, ai peduncoli cerebrali, indi attraversa il ponte e va a costituire la piramide anteriore del midollo allungato. Quivi avviene la decussazione della maggior parte delle fibre delle piramidi, che poi scendono nel midollo spinale formando il fascio piramidale laterale, o crociato, ed anteriore, o diretto ed entrando via via in rapporto colla sostanza grigia del midollo spinale, dalla quale provengono i nervi motori.

Dovunque risieda il focolaio apoplettico — sia nella corona raggiante, sia nella capsula, sia nel piede del peduncolo cerebrale — quando si manifesta la emiplegia, vuol dire che è lesa la funzione del sistema piramidale; che le fibre nervose si trovano in uno stato irritativo cui trasmettono alle cellule della sostanza grigia spinale; il quale stato irritativo non è eguale sempre in tutto il tempo della osservazione clinica, ma si deve distinguere a norma che si tratta di un puro e semplice stato irritativo, o di degenerazione discendente secondaria o *deuteropatica* (*Charcot*). La degenerazione occupa due sedi: la porzione più interna del cordone anteriore (fascio piramidale diretto) del medesimo lato della lesione cerebrale, e una porzione del cordone laterale del ramo opposto (fascio piramidale crociato).

Ma vale la pena di soffermarci ancora un istante sui rapporti che passano tra fibre e cellule nel midollo spinale. Esaminiamo come si comportano le fibre nervose delle radici anteriori, o motrici. — Vediamo fibre che

sono continuazione del prolungamento cilindrassile delle cellule delle corna anteriori; – fibre che fanno parte del cordone laterale e vanno alle radici senza contrarre rapporti colle cellule ganglionali, mentre altre si mettono con queste in relazione; – altre fibre dalle corna posteriori si dirigono alle radici anteriori. — Di tutte queste fibre, quelle che ditettamente, o indirettamente per mezzo delle cellule ganglionali, dalle radici vanno ai cordoni laterali, appartengono al fascio piramidale.

Stando a questi dati anatomici, si precisa un po' meglio ciò che or ora dicemmo *stato irritativo* discendente; il quale, naturalmente, oltrepassa i limiti del fascio delle fibre piramidali per estendersi anche alle cellule ganglionali anteriori e posteriori.

Data questa condizione di cose, si comprende come possano essere più facilmente sentite dal midollo spinale – se non da tutto il midollo, da quella porzione nella quale più vivamente è tradotto lo stato irritativo – l'influenza delle altre parti dell'organismo, di cui dirò tra breve. Prima vogliamo rilevare un'altra circostanza, che credo sia stata sinora obliata: – alludo alla diffusione dello stato irritativo, indotto nella cellula delle corna anteriori, lungo il tragitto de' rami comunicanti, nell'ambiente della innervazione del grande simpatico. Questa circostanza non è suggerita solamente dalle condizioni anatomiche e fisiologiche precitate, ma altresì dalle particolari manifestazioni cliniche dagli ammalati, come ora vedremo.

Reso adunque in istato di maggiore irritabilità il midollo spinale, tutte le funzioni viscerali, le quali sogliono essere sorvegliate dalla innervazione che ne dipende, possono modificarsi e, modificate, alterate che siano, pos-

sono esercitare dannosa influenza sul centro spinale medesimo.

Non ricordiamo noi tutti come nell'apoplettico siano frequenti le anomalie funzionali del cuore, del respiro, dello stomaco, dello intestino, dei reni e della vescica? — Non ricordiamo noi la vicenda non facile ad interrompersi di sensazioni dolorose, di manifestazioni nevralgiche le quali ora sul costato, ora sulla destra o sulla sinistra metà del tronco, sogliono accompagnare quando un meteorismo intestinale, quando la stitichezza? — Non ricordiamo molti altri fatti dolorosi e vere passioni viscerali e fenomeni agli arti anche dal lato sano, che in alcuni casi specialmente complicano il quadro dell'emiplegia e non di raro ne aggravano l'andamento col loro perseverare ed ulteriore accentuarsi?

In tutti questi fenomeni si esplica in forma clinica la catena indissolubile dei fatti anatomo-fisiologici testè accennati. — Dalla sede del focolaio cerebrale irradia lo stato irritativo nel midollo spinale; da questo si diffonde nelle diramazioni nervose, sia lunghesso le radici anteriori, sia lunghesso i rami comunicanti: negli arti hanno luogo fenomeni di alterata motilità corrispondente alla lesione cerebrale e allo stato irritativo spinale; nella innervazione del simpatico sono pure modificate corrispondentemente le funzioni sue negli organi della nutrizione e della circolazione; e dalle periferiche espansioni nervose del simpatico vengono recate al centro influenze eccitomotrici, le quali alla loro volta produrranno effetti corrispondenti alle condizioni di eccitabilità del centro nel quale vengono accolte e si trasformano.

Tutto questo fa vedere come in alcuni casi di emi-

plegia d'origine cerebrale possa intervenire in modo secondario e complicante una condizione spinale irritativa; dalla quale, già *a priori*, può dirsi come e quanto sia per essere modificata la sintomatologia primitiva a seconda dei casi, tanto più se prendiamo in considerazione i fatti diffusi di paralisi vaso-motorie, già segnalate da *Charcot* nel campo dell'emiplegia, che comprende anche la parte corrispondente di midollo spinale.

Dopo ciò un'altra considerazione deve farsi, ed è, che tutti i disturbi trofici e vaso-motori che si possono verificare in alcuni casi di data non affatto antica, dei quali specialmente ci occupiamo, hanno il carattere di quelli che ordinariamente vediamo succedere alla anomalia funzionale del midollo spinale. – Tant'è, che se noi vorremo indagare come avvenga che in due emiplegici non sieno eguali i fenomeni relativi alla circolazione per es. degli arti paralitici, dovremo necessariamente ricorrere alla influenza della innervazione spinale, perchè il solo focolaio cerebrale non ci somministra la spiegazione dei fenomeni clinici.

Io non intendo menomare la importanza di ciò che da tempo si sa e si ammette intorno alle influenze della innervazione cerebrale sui fenomeni della circolazione e della calorificazione. Ricordo quanto la clinica da *Bellingeri* a *Charcot* ha raccolto in proposito; ricordo i risultati sperimentali dello *Schiff* ed i reperti constatati da *Rokitanski* da altri e da me; e ricordo pure quanto più recentemente insegna *Richet* intorno alla ipertermia possibile a susseguire alla eccitazione dei lobi anteriori del cervello (febre traumatica cerebrale); so bene che *Bechterew* e *Misslavesky* hanno esperimentato l'influenza

del cervello sull' aumento e la diminuzione della pressione sanguigna; che *Edward* e *Maun* hanno dimostrato rapporti tra il cervello e l' intestino; che anche durante accessi di mania può darsi ematuria (Savage) ecc.; ma tutto questo, se non aggiunge, certo non toglie importanza al concetto mio suaccennato intorno allo stato di anormalità funzionale del midollo rachidiano successivo alla emiplegia da emorragia cerebrale, come d' altronde i fatti terapeutici alla loro volta dimostreranno.

I.ª P. C. d' anni 55, fonditore, nato a Dongo (prov. di Como), da padre beone, morto a 64 anni apoplettico e da madre mancata quarantenne per tisichezza polmonale. Sano fino a 25 anni; a questa epoca della vita superò una febre tifoide che lo tenne infermo lungamente e durò 4 mesi a ristabilirsi. Gli erano rimaste estremamente deboli le forze muscolari, che non si erano affatto reintegrate dopo qualche anno, perchè gli era rimasta una debolezza speciale dell' arto superiore destro, per cui stentava a riprendere l' uso degli arnesi della sua professione.

Guarito, riammalò più tardi per febre intermittente e più tardi ancora ebbe una ischialgia sinistra. Dopo riebbe perfetta salute per lunga stagione, quando nel gennaio del 1884, un bel giorno, prima del pranzo sentì formicolio al braccio destro e tosto dopo impotenza a reggersi, per cui dovette essere assistito e collocato in letto.

Merita attenzione il fatto, che questi fenomeni d' invasione si verificarono, come i successivi, sul lato medesimo del corpo rimasto debole per tanto tempo in seguito alla tifoide.

Collocato in letto il paziente perdette i sensi. – Fu salassato e curato con altri rimedi che non si conoscono. Ripristinata la coscienza dopo alcune ore, il paziente medesimo si accorse di non potere pronunciare la parola perchè la lingua si rifiutava ai necessari movimenti, e di non potere assolutamente muovere gli arti di destra.

Erano da qualche giorno in corso i predetti fenomeni quando il medico lo consigliava ad alzarsi; ma ogni tentativo falliva completamente e provando con insistenza la consigliata manovra venne assalito da acerrimo dolore lungo la gamba paralitica, la quale divenne successivamente edematosa.

Come non di raro avviene, troppo presto si fece ricorso alla cura elettrica e, a quanto appare dal racconto, adoperando corrente faradica di troppa intensità, sì che s'accrebbero i dolori nell'arto inferiore e ne insorsero nel superiore; insistendosi nella faradizzazione, altri dolori a cintura si manifestarono al tronco. Questi fenomeni vietarono di continuare la cura elettrica, e sebbene sospesa questa, i dolori a poco a poco scemassero, tuttavia non mostrandosi indizio alcuno di risoluzione delle paralisi, il paziente chiese d'essere curato nella mia Clinica.

Aveva statura media, era bene nutrito, ricco di pannicolo adiposo. Decombeva preferibilmente supino. Fisonomia composta, le due metà della faccia simmetriche per quanto si potesse sospettare alquanto deficiente la musculatura della destra metà quando il paziente parlava, rideva, soffiava. Le temporali erano poco visibili; la pupilla destra reagiva alla luce meno prontamente della sinistra. Collo grosso, corto, senza turgore delle giugulari.– Torace ampio, ben conformato, regolari le escursioni. Ri-

sultati plessici sull'area polmonale negativi. Il cuore alquanto più voluminoso del normale: sulla base c.[1] 11; sul ventricolo sinistro 11,5; sul destro 12,5. L'apice al 5.° spazio intercostale sulla linea emiclaveare. I toni cupi, ma netti. – Il ventre modicamente espanso; – il fegato misurava c.[i] 8,5 sulla parasternale.

Il braccio destro immobile sul petto e sul ventre nell'atteggiamento della flessione; — la mano adematosa estesa fino alle seconde falangi delle dita, essendo flesse la prima e la seconda; il pollice semiflesso in adduzione.

Il movimento volontario assai limitato, sì che la estensione delle dita e dell'avambraccio sul braccio era impossibilitata. Il braccio non può avvicinarsi alla linea orizzontale ed è sede di dolore spontaneo che si diffonde alla spalla, che si esacerba e si estende maggiormente tanto col tentativo del movimento volontario, quanto col movimento passivo.

Facendo eseguire movimenti passivi a quest'arto si avvertono delle resistenze nei muscoli antagonistici a quelli che normalmente operano il movimento eseguito passivamente. Ciò è avvertito dal medesimo paziente, il quale dice, che ogni qual volta fa lo sforzo di effettuare un movimento, sente invece una forza che tende ad aumentare l'atteggiamento dell'arto nel senso di un movimento contrario a quello che vorrebbe eseguire. Provando a divaricare le dita della mano destra, si flettono con maggior forza le prime falangi.

Le musculature del braccio destro sono alquanto assottigliate e la temperatura ne è sensibilmente superiore a quella del braccio sinistro. La forza che può spiegare il paziente colla mano destra, segna 40 gradi; colla si-

nistra invece arriva fino a 80. — La circonferenza della coscia destra superava di c.[i] 3 quella di sinistra, e la circonferenza della gamba destra superava c.[i] 2 quella di sinistra. L'arto inferiore destro era nell'atteggiamento della flessione ed il paziente non arrivava ad estenderlo completamente, poichè si opponeva una resistenza invincibile da parte dei flessori. – La cute del piede destro e dei malleoli era edematosa; ci aveva sindatilia incompleta al secondo e al terzo dito di amendue i piedi. Il paziente assicurava che nessuno della famiglia presentava eguale deformità. – I movimenti volontari dell'arto inferiore destro erano assai limitati e deboli. Aiutato l'infermo a scendere dal letto ed a porsi nella stazione eretta, non giungeva che a grande stento a reggersi e non poteva muovere il passo. Sorreggendolo d'ambo i lati ed invitandolo a camminare si constatò che l'arto inferiore destro rimaneva nella semiflessione, che toccava il terreno col lato esterno del piede e nel fare stentatamente il passo era strisciato compiendo il noto arco di cerchio.

Va notato un fenomeno interessante: appena il paziente aveva toccato terra coi piedi e faceva lo sforzo di reggersi diritto, il piede e la gamba di destra presero un colore rosso vinoso uniforme come si osserva avvenire per impedito circolo capillare. Se facevasi pressione col dito sulla cute, scompariva il colore suddetto per tosto ricomparire cessata la pressione.

All'arto destro inferiore durava tuttavia il dolore, che si esacerbava coi movimenti; ed il dolore oltrepassava i limiti dell'arto, occupava i lombi ed anche il dorso, ma più intenso e più costante a destra.

La sensibilità generale sugli arti di destra era nor-

male, la tattile diminuita, l'addolorabilità pareva un po' maggiore che a sinistra. I riflessi cutanei e muscolari e patellari egualmente esagerati. La contrattilità elettro-muscolare, specialmente a destra, pure esagerata.

Il paziente era abitualmente stitico, ciò che si incontra spesso in questi casi; aveva l'alito fetente, scarso l'appetito; le urine poche; molto colorate, ricche di urati.

Ecco il programma terapeutico:

a) Un purgante salino, colla prescrizione di allontanare metodicamente la stipsi, di favorire la diuresi occorrendo;

b) l'applicazione di coppette scarificate e secche sui lati della colonna vertebrale e lungo i grossi cordoni nervosi degli arti secondo il seguente metodo:

1 giorno, coppette scarificate ai lati della colonna vertebrale;

2 giorno, coppette secche lungo i nervi degli arti.

3 giorno, coppette secche ai lati delle vertebre negli intervalli lasciati fra le coppette scarificate;

4 giorno, un bagno generale solforoso della temperatura e durata secondo la tolleranza del paziente;

5 giorno, coppette lungo i nervi degli arti;

6 giorno, bagno generale come sopra.

Successivamente:

c) il massaggio sugli arti;

d) l'elettricità;

e) ioduro potassico; e secondo la eventuale indicazione, la stricnina per uso ipodermico.

L'ammalato fu libero dei dolori al dorso e lungo le

estremità dopo la prima applicazione delle coppette scarificate ai lati delle vertebre. – In seguito colla diminuzione dei dolori vennero meno gli edemi e diminuì quel turgore vascolare paralitico osservato sull'arto inferiore destro quando il paziente tentava di reggersi in piedi. – Più tardi le contratture diminuirono e acquistò il paziente maggiore forza e libertà di movimenti. Colla applicazione del massaggio procedette il miglioramento delle contratture mentre diminuiva la intensità di tutti i fenomeni riflessi.

Essendosi ritentata la cura elettrica, mi accorsi che non era bene tollerata; e perchè, dopo avere sospesa la cura per qualche giorno, alcuni fenomeni dolorosi minacciavano tornare in campo e si facevano sentire insolite molestie agli arti inferiori, ordinai che venisse ripetuta la cura suindicata.

Il miglioramento fu anche maggiore e progressivo, tal che dopo un mese il paziente poteva camminare nel cortile dell'ospitale appena tenuto a mano dall'infermiere. Le contratture erano per la massima parte scomparse; scomparsi gli edemi, più nutrite le musculature, aumentata la forza, più regolari i movimenti. Quando il paziente discendeva dal letto per essere esaminato in piedi, gli arti inferiori non assumevano più come prima quella tinta speciale che era da attribuirsi allo stato di paralisi del sistema vascolare.

Continuava la immersione nel bagno. Forse un giorno era questo più caldo del dovere, ed il paziente ne ebbe qualche affanno di respiro e lieve sconcerto cardiaco. In seguito una piccola recideva di fenomeni: dolori, debolezza generale, ma specialmente nel lato emiplegico. Si rinnovò

la prescrizione delle coppette secche come sopra; si consigliò che il paziente non immergesse nel bagno tutto il tronco, ma solamente la parte inferiore. Dopo si ripristinò il miglioramento e questa volta le contratture si dissiparono ancora di più, il movimento degli arti era più valido e regolare ed il paziente, che aveva disperato non solo della salute, ma della vita ancora, avrebbe concepita la speranza di una completa guarigione, se non l'avessi persuaso che doveva tenersi pago del miglioramento conseguito. — Se nella maggioranza dei casi occorre incoraggiare la speranza negli ammalati, non è meno vero che talvolta certe illusioni sono addirittura da combattersi, essendo più vantaggioso generare ne' pazienti esatta conoscenza del loro stato affinchè sappiano attenersi al genere di vita e di igiene valevole a mantenerlo inalterato.

Giunta l'epoca della chiusura della Clinica medica, il paziente veniva di tratto in tratto a farsi vedere ed a ricevere da me consigli e prescrizioni per regolarsi secondo il caso. Durante le ferie autunnali non ebbi occasione di rivederlo per più di un mese; un giorno lo incontrai lungo la via solo, che camminava con sicurezza appoggiandosi appena al bastone, del quale non aveva bisogno assoluto; e fermatosi meco per informarmi del suo essere, stava sui due piedi senza l'appoggio del bastone, movendosi e gestendo conforme le espressioni e le indicazioni che voleva darmi intorno al suo stato ed al modo di comportarsi.

La parte che ancora conservava i segni della passata malatia era la mano, che non aveva mai ricuperato la perfetta motilità. — L'arto inferiore si moveva rego-

larmente, posava la pianta del piede sul suolo ed il passo si effettuava senza deviare della linea retta. – L'ammalato asseriva che da quando aveva principiato ad usare dell'arto inferiore destro aveva acquistato maggiore vigore e resistenza anche il sinistro e s'erano in lui regolarizzate le funzioni digerenti e si sentiva soddisfatto.

2.ª Tolgo quanto segue dalle mie note risguardanti un ammalato della pratica privata. — Un uomo oltre i cinquant'anni è colpito dall'apoplessia cerebrale, alla quale tiene dietro emiplegia destra. Il ritorno della motilità non si fa attendere molto; ma dopo qualche tempo si rinova l'apoplessia, quindi l'emiplegia e da allora il movimento non ricomparve mai in quantità sufficiente da potere eseguire qualche utile movimento e tanto meno da potersi reggere in piedi.

Passati alcuni mesi dell'aggravamento della paralisi si accorse che il braccio e la mano tendevano a flettersi. In seguito anche l'arto inferiore andava pigliando una tendenza alla flessione; anzi narravami il paziente che talora maravigliava vedendo quest'arto, sul quale la volontà non comandava, assumere diverse pose specialmente la notte. Finalmente anche questo, come il braccio, fu sede di contratture che lo mantenevano in istato di semiflessione.

Il paziente, molto osservatore ed intelligente, mi narrava, che quando forzava il movimento agli arti di sinistra, anche a destra si effettuavano de' movimenti. Mi mostrava egli stesso come fosse divenuto, diceva, più sensibile sugli arti di sinistra, perchè alcune impressioni che tollerava indifferentemente prima che ammalasse, ora

gli producevano una certa inquietudine agli arti, una specie di bisogno di muoverli, ed effettuava movimenti che a destra erano sempre involontari. Quivi e specialmente sull'arto inferiore, notava un coloramento più cupo della pelle ed era frequente il senso di formicolio.

Nulla di notevole nel torace e nell'addome.

Ordinai la cura sopra indicata, la quale, come nel caso precedente, portò effetti immediati che poi progredirono sino a consentire al paziente un miglioramento insperato, avendo potuto sufficientemente usare degli arti e liberarsi da ogni altra molestia riferibile alla ipereccitabilità spinale.

3.ª Qui ricorderò un caso nel quale il successo della cura posso dire essere stato brillante. Non si tratta veramente di emiplegia da emorragia cerebrale, ma di lesione cerebrale avente i caratteri fondamentali della incipiente paralisi generale, a cui si aggiunsero poscia sintomi unilaterali di sclerosi a placche. Un caso analogo fu descritto da *Veriol.* (Vedi *l'Encephal* 1881 p. 260).

B. Carlo è nato da genitori sani, ha fratelli tutti sani. Fece la campagna del 1860 sul napoletano e dopo passò nel corpo de' bersaglieri.

Non è interamente memore delle cose passate e quindi si profittò delle notizie porte dalle sorelle per acquistare le migliori conoscenze possibili sui precedenti dell'individuo.

Pare soffrisse abitualmente di cefalea. La sua professione fu di cameriere d'albergo per alcuni anni, poi divenne padrone d'un negozio da caffè. Sarebbe stato colpito alcune volte da forte dolore all'occipite, ma così grave da trarlo a manifestazioni che quasi facevano cre-

dere stesse per dargli di volta il cervello; pare minacciasse persino di gettarsi dalla finestra quando il parossismo del dolore era al massimo. Questi accessi dolorosi non si erano più presentati da qualche tempo, ma invece comparvero i primi sintomi della malatia attuale.

Ha moglie; non si conoscono le sue abitudini casalinghe nè i suoi rapporti colla moglie per ciò che si riferisce all'esercizio sessuale. Si racconta che il paziente da qualche tempo fa qualche stranezza e spende in modo che non è consentito dal suo stato finanziario. — Un anno fa circa, scendendo da una scala, cadde sul lato sinistro del corpo e riportò una lesione al ginocchio che lo tenne in letto per vari giorni. Alzandosi s'accorse il paziente che il braccio e la gamba di sinistra erano in preda a tremore e che la forza di queste parti era così ridotta d'avere bisogno di sostegno per reggersi e camminare. Poichè le debolezze progredivano, si presentò a vari medici per essere curato: – il bromuro di potassio, il vino chinato, l'elettricità non valsero nè a migliorarlo nè a modificare la sintomatologia e per questo si richiese l'opera mia ed il malato entrò nella Clinica.

Aveva regolare sviluppo corporeo, ottimo stato di nutrizione, portamento piuttosto incerto. La musculatura della metà sinistra della faccia era meno attiva, perchè se il paziente rideva od in altri modi esercitava la mimica del volto, si notava l'asimetria delle due metà. Le pupille ineguali, rispondevano inegualmente allo stimolo della luce. La lingua era tremula. La sensibilità della cute della faccia normale, normali pure i sensi specifici.

Nulla di abnorme alla ispezione del collo; nulla del pari all'esame del petto e dell'addome.

Le varie sensibilità normali su amendue i lati del corpo. L'arto superiore ed inferiore di sinistra sono presi da tremore tosto che il paziente eseguisca qualche movimento, il quale riesce debolmente, essendo scarsa la forza muscolare e quasi contrastato il movimento che sta per eseguire dai muscoli antagonisti. Facendo la percussione col martello sui ventri muscolari si determina immediatamente il tremore, il quale si estendeva anche ad altri muscoli e durava qualche tempo dopo che era cessato lo stimolo della percussione. I riflessi cutanei, muscolari, tendinei erano esagerati a sinistra. Non si rilevò anomalia di nutrizione mediante la misurazione degli arti.

Conversando col paziente si constatava un carattere morale leggero, instabile, il quale, secondo che affermavano i famigliari, aveva cominciato a manifestarsi coi primi sintomi della malatia. Era deliberato a compiere qualunque cura per guarire dell'affezione sua che riteneva gravissima e nel medesimo tempo si mostrava ilare, contento e voglioso di cose che contrastavano e co' suoi propositi e col suo stato. Avendo ottenuto il permesso di un'ora di passeggio, ne profittò per fare delle compere capricciose. Tratto tratto era tardo nel rispondere alle domande e la pronuncia non era perfetta per qualche disordine nel movimento delle labbra.

Nel considerare il caso mi sembrò dovere prendere le mosse dagli accessi cefalalgici per fermare l'attenzione sopra un fatto che poteva esprimere una speciale predisposizione nel paziente. Ragionando sulla caduta ho dovuto convincermi, che era stata la conseguenza di una tal quale irregolarità del movimento sin da allora iniziato. Dimostrai la importanza del caso per la associazione dei

sintomi della paralisi generale con quelli preludenti alle alterazioni funzionali del midollo spinale, i quali dovevano ritenersi secondari piuttosto che coevi colla alterazione cerebrale stando alla cronologia dei sintomi ed a quanto in proposito ci appresero gli studi di *Westphal* ed altri.

A dir vero, le scarse informazioni anamnestiche non mi permettevano di affermare in modo assoluto che le alterazioni spinali fossero deuteropatiche; ed il caso, preso così all'ingrosso, avrebbe potuto riferirsi alla categoria di quelli nei quali le manifestazioni cliniche della sclerosi cerebro-spinale precedettero quelli delle paralisi cerebrali. Ma d'altra parte la lunga precedenza dei dolori cefalalgici accompagnati da parvenze di delirio; l'avere il paziente dato indizi di capacità amministrativa e poscia di imprevidenza prima ancora che insorgessero i sintomi di lesa funzione spinale; l'essersi questi ultimi pronunciati maggiormente dopo la caduta, sono argomenti che danno la maggiore probabilità alla espressa convinzione diagnostica. Del resto ripeto che l'anamnesi fa constare, che in seguito alla caduta si aggravarono le condizioni relative alla motilità; e da questo punto di vista, parmi che il caso nostro acquisti un'altra importanza e precisamente ricordi qualche altro, p. es. quello di *Ferrier*, in cui, precedendo una malatia cerebrale, una leggera offesa traumatica sugli arti determinò alterazioni funzionali corrispondenti alla secondaria ipereccitabilità del midollo spinale.

Dietro tali considerazioni deliberai di applicare il metodo di cura che applicai ne' casi precedenti, potendo sino ad un certo punto trovare l'analogia clinica nella forma emiplegica colla quale si manifestavano i sintomi. –

L'esperimento terapeutico doveva quindi comprovare primo, la natura secondaria dei fenomeni spinali; secondo, l'utilità del metodo curativo.

Il 20 dicembre vennero applicate le coppette scarificate ai lati della colonna vertebrale.

Il 27 le coppette secche lungo il nervo ischiatico.

Il 28 un bagno solforoso generale alla temperatura desiderata dal paziente.

Il 29 le coppette asciutte lungo i tronchi nervosi dell'arto inferiore e del braccio di destra.

Il 30 venne constatato il miglioramento come segue: il paziente discende dal letto con movimenti esatti, sicuri e quasi senza tremori. I fenomeni riflessi sono notevolmente diminuiti. Venne prescritta nuovamente la cura come sopra.

Il 6 gennaio si registrava quanto segue: Il paziente cammina tutto il giorno; appena qualche traccia di tremore; non ancora normalizzati i fenomeni riflessi. Continua il bagno generale e ai lati della colonna vertebrale si praticano delle stimulazioni cutanee col lebenswecker.

Il 19 gennaio il paziente mostrava qualche peggioramento nelle condizioni psichiche, essendosi pronunciata una certa fatuità, maggiore debolezza ed incertezza della memoria e la tendenza a ragionare di cose grandiose e di speranze in un avvenire che nel suo caso non avevano alcun fondamento. — All'incontro il movimento dell'arto inferiore destro è completamente ristabilito; il paziente cammina sul piano, sale e scende le scale, cammina ad occhi chiusi come persona affatto sana. Nell'arto superiore il miglioramento non è così pronunciato, perchè talvolta durante il movimento si osservano ancora lievis-

simi tremori appena apprezzabili e limitati ora a questo, ora a quel gruppo muscolare. L'ipereccitabilità muscolare alla percussione, i riflessi interamente normalizzati sull'arto inferiore, grandemente migliorati gli stessi fenomeni sull'arto superiore.

Alcune circostanze di famiglia reclamarono il ritorno del paziente in seno a' suoi, che del resto riconoscevano avere egli ottenuto il miglioramento che poteva attendersi in una parte della sintomatologia, essendo l'altra, la psichica, ritenuta anche da essi inguaribile.

Volendo anche astenerci da considerazioni teoriche, possiamo francamente asserire, che il paziente — il quale colle precedenti cure non aveva mai migliorato, ma aveva peggiorato progressivamente – aveva invece ottenuto evidente vantaggio dalla cura praticata nella Clinica. Questo conferma che nel caso concreto ai sintomi della malatia cerebrale si erano aggiunti quelli secondari di carattere irritativo nel midollo spinale; e come casi precedenti appoggia il principio clinico, *doversi nella cura delle malatie cerebrali prendere in considerazione la eventuale complicazione spinale più sopra indicata.*

Potrei aggiungere altri casi clinici se fosse mestieri per ulteriormente chiarire il mio concetto; ma credo che quelli esposti sieno sufficienti. Dirò che dal 1884 in poi continuo l'applicazione del metodo curativo indicato per constatarne sempre più gli effetti e precisarne le indicazioni: in proposito devo fare alcune avvertenze.

I casi nei quali sopra tutto conviene la cura sul midollo spinale, sono quelli di data piuttosto recente. Tuttavia anche quando sono decorsi sei, sette, otto mesi

dalla emorragia cerebrale, e si sospetta che sieno avviate le degenerazioni discendenti nel sistema delle fibre motorie, la cura da me indicata può giovare, perchè non sempre la sospettata degenerazione esiste e, se esiste, incipiente, può associarsi allo stato irritativo spinale che ne rende più estesa, più intensa la sintomatologia e, crederei, anche più facile il progresso.

Mi si potrebbe osservare, che nelle inalterabili condizioni del focolaio cerebrale sta il movente della continua sua mala influenza sul midollo spinale; però anche rimosse le alterazioni funzionali di questo, quando che sia potranno rinnovarsi.

Rispondo: — È vero che non può rimuoversi il focolaio cerebrale; ma è altresì vero che la sua influenza non può essere considerata teoricamente sempre eguale, sempre la stessa. Il focolaio cerebrale si trasforma alla sua volta e la sua influenza può essere diversa a seconda dei casi, come dimostra la esperienza, non essendo tutti i focolai emorragici, nè per la estensione, nè per i fatti locali accessori da considerarsi da un unico punto di vista.

D'altronde a promuovere e ad intrattenere nel midollo spinale lo stato irritativo deuteropatico, concorrono — oltre il focolaio emorragico cerebrale — altre condizioni che sono inerenti all'individualità. Con questa frase si asserisce molto e non si prova nulla, lo so anch'io, ma il clinico non deve forse avere sempre presente questa condizione di cose che sono il fondamento di tante singolarità sintomatologiche, di tante varietà nelle forme cliniche dei morbi? — E non si mostra forse più esperto e più acuto il clinico quanto più sa sorprendere la parte

che si deve attribuire alle speciali condizioni individuali nella complicazione morbosa?

Che possano rinnovarsi i fenomeni spinali presi di mira, è da temersi; ma se verranno allontanati nel tempo utile, quando l'influenza del focolaio cerebrale è maggiore, giova sperare, come dimostra la I.ª storia clinica, che qualora il focolaio cerebrale, modificandosi, diminuisca la propria influenza, anche i fatti secondari sieno sempre minori e forse anche nulli; mentre è noto che i fenomeni dei quali stiamo occupandoci lasciati a se si fanno stazionari, o vieppiù si accentuano. Imperocchè io non parlo dei fenomeni della degenerazione discendente, la quale se esprime una fatalità nell'ordine fisiologico, è legata anche a condizioni di tempo, che in alcuni casi è lungo, in altri è breve, che ad ogni modo converrà sempre isolare da altri possibili fattori morbosi, sia per minorarne gli effetti, sia per ritardarne il progresso.

Dopo tutto, quando si considera il modo di azione terapeutica dei mezzi più comunemente adoperati nella cura della emiplegia, bisogna convenire che se giovano, egli è perchè modificano le condizioni del centro spinale.

Rosenthal e *Bernhardt* espressamente dichiarano, che quando si fa influire sul midollo spinale una corrente galvanica, che è pure un mezzo suggerito, si mira a derivare, a spostare lo stato di irritazione dei centri, affinchè se ne regolarizzino le funzioni.

Quanto alla cura balnearia, sotto qualunque forma si prenda, si sa che agisce potentemente modificando l'innervazione spinale.

La stricnina, che anch'io con *Hammond* consiglio preferibilmente per iniezione ipodermica, e credo con *Nau-*

nyn che i medici non la prescrivano seguendo i più giusti criteri fisiologici, la stricnina, dico, è un rimedio che ha non solo la virtù di eccitare i centri nervosi motori, ma quella pure di modificare la innervazione vaso-motoria che dirige le correnti circolatorie nell'asse spinale; e facendo la debita critica sui fenomeni curativi che se ne ottengono, bisogna convenire che nei casi dei quali discorriamo, l'azione del rimedio si esercita propriamente sull'innervazione vaso-motoria per cui migliorasi o comunque si modifica nel modo più opportuno la circolazione capillare del midollo spinale e conseguentemente se ne regolarizza la funzione. Posso citare casi nei quali l'uso della stricnina giovava e la prova si aveva anche nella diminuzione dei fenomeni riflessi spinali [1]).

Il massaggio non solamente sulla pelle agisce, nè si limita a regolarizzare la circolazione e la nutrizione dei muscoli, ma agisce ancora sul midollo spinale e sul cervello; l'eccitamento cutaneo e muscolare, che è prodotto mediante il massaggio, si traduce assai afficacemente sul midollo spinale, calma in prima lo stato di eccitabilità

[1]) Da alcuni anni adopero estesamente la stricnina e, come ho detto in altra occasione, porto anche a dose molto elevata il rimedio; e dalla mia osservazione sono portato a sostenere, che generalmente non se ne profitta nella pratica come si dovrebbe. Si teme dell'azione del rimedio, quando invece, principiando da 1 millig. per assaggiare la tolleranza del paziente, se ne può a poco a poco amministrare parecchi al giorno - 50 - 60 - senza fenomeni dannosi, purchè si sappia osservarne e sorvegliarne l'azione. Si deve amministrarla non solo quando si devono eccitare i centri nervosi motori, ma quando occorre eccitare l'azione nervosa vaso-motrice. Questa azione eccitatrice vasale credo sia la prima fase dell'influenza terapeutica del rimedio, ed è quello che occorre in moltissime circostanze cliniche. Ne recherò le prove quando mi si offra più opportuna occasione.

spinale, modifica la circolazione e la nutrizione del centro nervoso (*Courtade*).

Tornando ora alla metodica applicazione della cura che io consiglio, aggiungerò alcune altre avvertenze che mi sono suggerite dalla osservazione.

Perchè gli effetti si manifestino più pronti e progressivamente maggiori, è necessario che sia rigorosamente regolata la igiene del paziente. — Come ebbi a dire altrove, le funzioni intestinali, che tanto facilmente si alterano in questi casi, vogliono essere colla massima diligenza sorvegliate, affinchè non sia soverchia la introduzione, sia facile la digestione stomacale, puntuale la defecazione.

In questi casi, attesa la influenza che il sistema nervoso esercita sulla circolazione generale, sulla attività stessa del cuore, anche più facilmente si fanno sentire alcune irregolarità nell'apparecchio digerente; però è facile osservare, che il fegato ora più, ora meno intumidisce e facendo attenzione alle coincidenze sintomatiche, verrà a constatarsi un peggioramento più o meno sensibile in tutti i fenomeni della malatia quando coi dissesti della funzione digerente si avvera la stasi epatica e la diminuzione della secrezione urinaria. In alcuni casi si può ottenere la regola desiderata nelle funzioni degli organi addominali colla più scrupolosa igiene, cogli amari, coi sali medi amministrati a quando a quando e coll'acqua salso-jodo-bromica di Abano, la quale è meglio tollerata d'ogni altra e agisce utilmente sulla secrezione epatica e su quella renale.

Conseguentemente consiglio, che prima di incominciare la cura sul midollo spinale, vengano migliorate le con-

dizioni morbose relative all'apparecchio digerente e all'organo secretorio dell'urina.

Che se il paziente presentasse sintomi emorroidari, tanto più converrebbe togliere questa complicazione; sulla quale, dirò in passando, è mestieri mettere speciale attenzione per riconoscerne l'esistenza anche quando gli ammalati non ne danno informazione di sorta, o negano di esserne affetti. A questo scopo bisogna rivolgere all'infermo delle domande che si riferiscono ai sintomi della affezione emorroidaria, per constatarne la esistenza, perchè alle volte succede, che mentre negano di averne mai avuto traccia, ne accusano invece le più schiette manifestazioni; le quali, come è noto, non consistono solo nella presenza dei nodi attorno all'ano e nella perdita sanguigna, ma in altre diverse espressioni p. es. il prurito all'ano, un senso di peso, di calore al retto, molestie più o meno vive durante la defecazione, lombaggine ecc.

Qualche volta ho stimato conveniente premettere un sanguisugio all'ano, massime quando dalle informazioni avute mi parve che anche certi fenomeni del capo, nel modo loro di presentarsi, accennassero alla lontana influenza del turgore emorroidario. — Il miglioramento che può seguirne e che seguì ne' casi nei quali mi valsi di questo mezzo curativo, risponda a coloro che per vaghezza di sistema fossero contrari a cotesta pratica. La quale io adottai seguendo criteri fisiologici e non empirici e raccomando solo per quei casi nei quali sussistono le accennate indicazioni [1]).

---

[1]) Se mi si recassero esempi nei quali la pratica del sanguisugio avesse nociuto, non si distruggerebbero gli esempi contrari; non

L' applicazione delle coppette scarificate si fa generalmente su tutta la colonna vertebrale — dalla porzione cervicale inferiore, fino a tutta la porzione lombale, lasciando tra una coppetta e l'altra un intervallo nel quale possa successivamente esserne applicata un'altra.

Qualche volta si pratica la scarificazione solo da un lato, che è quello corrispondente alla emiplegia; e ciò quando sul lato sano sono assolutamente assenti i fenomeni di irritazione spinale e in generale sono poco mafesti i fenomeni morbosi nel lato ammalato. Per altro non credo necessario spingere la ricerca della indicazione terapeutica fino a questo punto.

In molti casi può bastare una sola coppettazione scarificata, in altri occorre ripeterla quando si constatò che il miglioramento non è progressivo, facendo le altre pratiche curative.

È superfluo avvertire che bisogna attenerci alle norme antisettiche, quindi disinfettare la cute e fare la medicazione antisettica regolarmente delle parti vulnerate.

Per *l'applicazione delle coppette secche* non ho da suggerire norme speciali, oltre quelle che stanno indicate nel programma più sopra abbozzato. Avvertirò solo che

---

si farebbe altro che dimostrare la necessità di un giudizio sicuro e di una critica clinica molto fina e capace per discernere le vere dalle false indicazioni. Siccome è mio costume esperimentare clinicamente e sottoporre all'esperimento tanto le nuove proposte terapeutiche fatte in nome della medicina razionale, quanto le antiche pratiche lodate dall'empirismo - perchè anche tra queste v'hanno alcune sanzionate dalla scienza ed altre che possono essere sanzionate - così io non intendo di farmi nè oppositore agli avversari al sottrarre sangue, *laudator temporis acti,* ma semplicemente espositore di ciò che ho appreso dalla mia esperienza.

il motivo di estenderne l'applicazione sopra il tragitto dei grossi cordoni nervosi sta nel fatto che in tal modo si esercita una stimolazione periferica, la quale ho trovato che può produrre eccellenti effetti salutari, per la stessa ragione che si suole praticare utilmente il massaggio, come vedremo.

Il *bagno generale*. Lo scopo di questo è di ottenere un effetto sedativo sul sistema nervoso centrale, un effetto sulle secrezioni in genere.

Per altro bisogna andare assai cauti, perchè possono darsi effetti sulla circolazione cerebrale e sull'azione cardiaca tali da compromettere la funzione terapeutica del bagno.

È noto che gli ammalati, dei quali ci occupiamo, qualche volta nel bagno provano cefalea gravativa, vertigini, oppure disturbi cardiaci e respiratorii che impediscono di indugiare anche brevi istanti nel bagno. In un caso ho constatato dopo la insorgenza della cefalea un accesso epilettiforme, cui tenne dietro grave iperemia cerebrale a forma apoplettica, la quale si dissipò prestamente.

Il perchè dobbiamo in questi casi avere presenti le leggi fondamentali dell'idroterapia e sopratutto ricordarci che l'effetto del bagno dipende dalla intensità, dalla durata dell'azione termica, non che dalla tolleranza del paziente.

A *priori* quindi non si può precisamente determinare tutti i particolari che si riferiscono alla modalità del bagno: ma possiamo regolarci secondo alcuni dati fondamentali, che ci autorizzano ad intraprendere la prima prova, dalla quale avremo poi gli argomenti per stabilire le norme delle successive.

Io m'ingannerò, ma credo che così si proceda davvero razionalmente e giusta l'indirizzo sperimentale.

Dunque noi prima di tutto dobbiamo acquistare esatta cognizione sullo stato sano, regolare del cuore, dobbiamo assaggiare la suscettibilità dell'infermo in faccia alle diverse azioni termiche: quindi consiglieremo la prima immersione alla temperatura dei 25°-27° C^{i}; avvertiremo che la immersione debba farsi grado grado non immediatamente di tutto il corpo; che debba essere prontamente modificata la temperatura del bagno secondo la richiesta del paziente, che non deve sforzarsi a resistere al caldo, nè al freddo superiori alla sua tolleranza; finalmente proporremo al paziente di tenere applicati al capo de' bagnoli freddi, oppure la vescica di ghiaccio a norma che i fenomeni del capo fuori e dentro il bagno consiglieranno.

Anche la durata del bagno deve essere proporzionata alla resistenza dell'infermo; il quale sarà incoraggiato a manifestare senza indugio tutte le sensazioni che prova, ed anche il desiderio di prolungare, o sospendere, la immersione.

Con questi avvertimenti ho potuto evitare accidenti spiacevoli nella pratica del bagno, il quale, come bene si comprende, verrà a modificarsi successivamente e per la temperatura, e per la durata e per la quantità del corpo che viene immerso, secondo che verrà dettato dalla esperienza.

Anzi così facendo si riesce a rendere il bagno tollerato ed anche tolleratissimo, anche in casi nei quali a principio pareva dovesse tornare dannoso anzichè di vantaggio.

Quando il paziente esce dal bagno, deve essere accuratamente involto nelle lingerie asciutte e riscaldate, quindi per bene asciuttato e con tutti i riguardi ricondotto a letto.

Il massaggio può farsi dopo il bagno; ma anche intorno a questo devono seguirsi alcune avvertenze.

Mi pare che non sia indicato il massaggio nei casi di contratture accompagnate da fenomeni dolorosi e da esagerati riflessi, perchè allora, per ciò che dissi intorno alla sua influenza sul midollo spinale, può aumentarne lo stato di irritazione. Per questo non lo consiglio mai in principio della cura e attendo che le coppette ed il bagno abbiano esercitato la loro influenza sedativa. Allora è il caso di concorrere, se è necessario, mediante il massaggio a rianimare la funzione spinale ed a regolarizzarla modificando la manovra nel modo più opportuno.

Quando si ricorresse al massaggio troppo presto, o senza avere predisposto convenientemente l'organo nervoso centrale, ponno esagerarsi i fenomeni riflessi, aumentare le contratture, esasperarsi i fenomeni dolorosi, l'agitazione del paziente ed in qualche caso ho veduto susseguire alla seduta del massaggio l'orgasmo dell'organo genitale.

Fatta a tempo ed a modo, questa manualità soddisfa alle diverse indicazioni che si hanno nella malatia: – migliora la circolazione e la nutrizione della cute e dei muscoli, eccita dolcemente e direi quasi fisiologicamente il centro rachidiano, a favore delle depresse motilità diminuendo le contratture.

Quanto al tempo, ho veduto, che per le ragioni dianzi esposte, conviene principiare l'applicazione del massaggio

dopo il bagno. In seguito può farsi anche in altra ora del giorno e talvolta tanto la mattina che la sera.

Quanto al modo, gioverà adattare e proporzionare il maneggio della cute, dei nervi e dei muscoli ai diversi scopi che si devono raggiungere, procurando di rianimare la funzione delle parti che sono in preda alla paralisi.

Oltre il massaggio può essere utilizzata anche la ginnastica quale mezzo capace di influire vantaggiosamente sulla innervazione centrale e daremo la preferenza alla ginnastica passiva in principio della cura.

Rispetto *alla elettricità* bisogna procedere con esatti criteri fisiologici, altrimenti o non si giova affatto, o si può danneggiare il paziente. Anzi tutto dobbiamo stabilire che cosa vogliamo ottenere con questo mezzo.

Non in tutti i casi abbiamo le medesime indicazioni, perchè dove occorre influire sui muscoli, dove sui nervi, dove specialmente sul midollo. Noi ora vogliamo agire sul midollo, dunque avremo presenti questi due fondamentali precetti:

1. La corrente continua discendente applicata sul midollo spinale, agisce sopra i nervi motori e diminuisce l'eccitabilità del midollo.

2. La corrente continua ascendente invece aumenta l'eccitabilità dell'organo, quindi opera per azione riflessa sui nervi motori, quindi le contrazioni che suscita, sono tanto più energiche quanto è maggiore la eccitabilità del centro midollare e viceversa.

Mi affretto a dichiarare, che questi due precetti di elettrofisiologia sono il risultato di molte esperienze sugli animali e cliniche confermate anche dalla osservazione autorevolissima di *Helmholtz;* quindi non è nemmeno il

caso di risollevare il dubbio intorno alla penetrazione della corrente nella midolla spinale.

Le applicazioni elettriche, stando alle precedenti cose, dovranno farsi colla corrente continua discendente, saranno praticate dopo che mediante le coppette e i bagni avremo constatato notevole miglioramento nei fenomeni morbosi, e mentre si mira a ristabilire le motilità, avremo anche il vantaggio di regolarizzare la circolazione spinale, essendo questo pure un effetto della corrente continua.

Nel medesimo tempo, se sarà mestieri, ci adopreremo colla corrente faradica sopra i muscoli più inerti e depressi nella nutrizione, coadiuvando così l'azione del massaggio e della ginnastica.

Intorno all'uso della stricnina dirò solo che non ho avuto occasione di adoperarla frequentemente nei casi di cui qui si tratta, e che quando me ne sono giovato, la adoperai come un coadiuvante per migliorare lo stato della innervazione vaso-motoria.

IX.

Intorno all'Ematuria idiopatica.

Sommario. — Accesso ematurico unico associato a forte emicrania.— L'ematuria idiopatica deve più propriamente chiamarsi neuro-paralitica, stando al significato clinico dei casi che si conoscono. Altro caso raro di ematuria idiopatica durata sei mesi, ribelle a tutte le cure, guarita coll'uso di dosi progressivamente maggiori di fava del Calabar; considerazioni relative. — Intorno al fenomeno della intermittenza dell'ematuria idiopatica e delle periodiche variazioni di intensità delle ematurie sintomatiche. — Breve digressione fisio-patologica. — Ancora sul fenomeno dell'ematuria idiopatica: spiegazione del fenomeno; come intendere l'emorragia per dlapedesi; — perchè durante la notte questa emorragia possa aver luogo nel rene. — Della diagnosi e della cura dell'ematuria idiopatica.

L'ematuria suole presentarsi come un sintoma di varie malatie renali - nefrite, neoplasmi, parassiti, tubercolosi del rene e lesioni dei vasi renali; - oppure come sintoma renale di malatie costituzionali - lo scorbuto, la porpora emorragica, l'emofilia; - o di malatie infettive - vaiuolo, morbillo, scarlattina, tifo addominale ed esantematico, febre ricorrente, colèra, febre gialla, erisipela: - può darsi in seguito alla febre intermittente, in certi casi di sifilide costituzionale; - per avvelenamento di cantaridi, di trementina ecc.; - e si conosce qualche caso di ematuria prodotta dall'azione del freddo ed anche casi di maturia vicaria. Dopo tutto questo si presentano casi nei quali, come giustamente osserva *Eichhorst,* non è

possibile constatare la causa dell' ematuria, la quale allora passa sotto il nome di *idiopatica.*

Ma che cosa vuol dire idiopatica? — Forse che l'ematuria è spiegata con questa denominazione? — Non credo; e credo anzi che sia ancora da stabilire in modo almeno probabile il suo meccanismo fisiologico.

Avendo avuto l'opportunità di studiarne qualche caso, mi pare di poterne dire qualcosa utilmente. Si vedrà come la narrazione dei fatti clinici e le considerazioni relative possano contribuire alquanto alla conoscenza della ematuria così detta idiopatica.

Chi sa che lo studio della clinica deve contribuire all'incremento della fisiologia del corpo umano, accoglierà con interesse le osservazioni che vengo ad esporre, perchè trattando dell'ematuria, discorrerò di alcuni fenomeni, patologici, che sono legati all'esercizio della vita — fenomeni che passano inosservati, e che rimangono incompresi, od a cause ipotetiche si attribuiscono, perchè non si riguardano dal punto di vista più adatto, che è quello della fisiologia.

Accesso ematurico associato a forte emicrania. — Il fatto morboso, che descriverò succintamente, è avvenuto in me, nel marzo del 1880. — Era da breve tempo in Padova, e non ancora normalmente stabilitovi, per cui faticava molto fra i disagi di una dimora precaria, senza il conforto di quelle comodità della vita, che ognuno per bisogno, o per abitudine, si procura. Dormiva poco e male, mangiava peggio, ed ogni giorno, dopo la lezione clinica, mi assaliva una crudele emicrania, che bene spesso mi costringeva a letto. — Un giorno mi pareva d'essermi

svegliato con insolito benessere; ma dopo due ore di lezione clinica caddi in grande prostrazione. Prima di rincasare, passai a prendere qualche ristoro, ed entrato nella mia camera, mi lasciai cadere sulla poltrona, attendendo che si dileguasse uno stato di cose per me nuovo. — Tratto tratto diveniva acutissimo, straziante il dolore dell'emicrania alla tempia destra e s'alternavane le trafitture nevralgiche con brividi, che trascorrevano lungo la colonna vertebrale e le membra, e qualche dolore mi pungeva ai lombi. Duravano da un paio d'ore questi spasimi insoliti, cui si univa un senso di indicibile spossatezza e di bastonatura nelle membra, quando avvertii lo stimolo del mingere. Allora sperai che con questo si sciogliesse lo stato veramente angoscioso nel quale trovavami, perchè altre volte colla abbondante e frequente orinazione si sciolse l'accesso emicranico. Evacuando l'orina, mi colpì un fatto nuovo: – il getto del liquido era rutilante sanguigno. – Travasai il liquido dal vaso da notte in un bicchiere e mi riposi a sedere con qualche senso di miglioramento. Aveva deciso di non lasciarmi impressionare dalla singolarità del fenomeno, se prima non ne avessi conosciuto l'importanza; ed intanto leggicchiando e scrivendo, anche per distrarre il pensiero dalle mie sofferenze, attendeva impaziente che mi venisse un'altra volta l'invito di evacuare la vescica.

A dire il vero, m'era così acconciato al fatto, che non provai triste impressione; facevo anzi questo pensiero: — io vorrei che quello ch'io provo, provassero coloro i quali non compresero ancora quanto sia l'ufficio dei nervi nel corpo umano e quanta la efficacia della nevralgia in patologia! — Per me era certo che tutto

quanto avveniva, era un vero accesso nervoso, che aggravava quello della solita emicrania.

Tra questi ed altri pensieri veniva il momento di mingere; il mitto pronto, facile, senza sensazione molesta; il liquido molto più abbondante, sanguinolento ancora, non come prima pressochè fatto di puro sangue.

Finita l'operazione, tornai a sedere e mi posi ad esaminare i due liquidi raccolti. Il primo riempiva una tazza di cristallo capace di un quinto di litro; aveva aspetto quasi di pretto sangue ed un ricchissimo sedimento, per cui si poteva dire diviso il liquido in due parti di spessore quasi eguale: l'inferiore solida, coagulata; la superiore liquida. — Il secondo vaso a poco a poco lasciava precipitare tracce di sangue.

I miei pensieri sulla patogenesi del mio male mi venivano sempre innanzi, e sempre più confortati dal fatto, che realmente, dopo la seconda evacuazione orinaria, andava crescendo il miglioramento ed il benessere.

Verso le quattro pomeridiane ebbi altra evacuazione di orina, meno sanguinolenta della precedente, alle sei una quarta di colorito quasi normale.

Dissipato ogni senso di prostrazione, di dolore, di malessere, avvertiva il bisogno di cibo, e mi recai alla trattoria, dove mangiai con discreto appetito. Mi era rimasto uno stato di esaurimento, come suole dopo un pesante lavoro mentale; desideravo dormire, perciò rincasai prestissimo, e prima di coricarmi cacciai altra orina affatto normale.

Il mio sonno fu tranquillo, profondo, ristoratore. Quando mi svegliai il giorno appresso, evacuai orina nor-

male, e mi trovai interamente ricomposto. Dopo la lezione ebbi la solita emicrania, ma meno intensa.

Da quel giorno, io non ho mai più osservato un fenomeno eguale in me. Nè prima di quel giorno s'erano presentati in me fenomeni di malatia renale e nemmeno successivamente. Anzi posso affermare con mia piena soddisfazione, che d'allora mi si è migliorata la salute, si son fatti più lunghi gli intervalli della emicrania. Ho ripensato se per avventura avessi introdotto qualche sostanza capace di produrre ematuria, ma questo non avvenne; non riportai urti, percosse; non ebbi mai, assolutamente, nemmeno in seguito, fenomeni di malatia dell'apparato uropojetico. Voglio aggiungere, che le mie ricerche sul liquido emesso e raccolto, come dissi, in tazze di vetro, si limitarono a quella di qualche calcolo e della renella, non avendo la possibilità di istituire un esame metodico; ma non riscontrai, come era da supporre, nè calcolo nè renella.

Questo è un esempio di ematuria idiopatica; e se vogliamo prendere in considerazione tutt'intero il quadro dei fenomeni che ho provato, quale ostacolo incontreremo per denominarlo un accesso di emicrania con ematuria? altrimenti: un accesso di emicrania con ematuria d'origine nervosa?

Ho meditato lungamente sui fatti miei, che devo accogliere senza riserva, perchè posso escludere ogni errore di apprezzamento, che molte volte commettono gli ammalati ignari della scienza nostra, non sempre capaci di ricordare con esattezza i fatti, spesso non curanti di dire la verità intera e talora per questa, o quella ragione, portati ad ingannare il medico.

É certo che io mi trovava in una condizione di innervazione generale insolita: - allora — è necessario il dirlo - provava l'ansia di chi lotta per la conquista di una posizione fieramente contrastata; ogni giorno mi doveva confortare col successo della lezione davanti ad un uditorio che si proponeva di giudicarmi; sebbene ardente fosse in me il desiderio di riuscire, non era meno penoso il dubio di non corrispondere pienamente al mio dovere ed alla generale aspettazione; ogni giorno mi coricava in uno stato d'esaurimento; ogni giorno ingagliardivano gli accessi dell'emicrania sì che pareva che il dolore della tempia si diffondesse e andasse a tormentare e cerebro e midollo spinale, e già notava quasi un progressivo disordine di funzioni organiche, quando ebbe luogo l'accesso ematurico. - L'alimentazione era piuttosto scarsa, la digestione lunga, penosa contro il solito e più spesso dell'usato mi coglieva la corizza che incominciava colla febre.

Questa condizione di cose credo fermamente abbia contribuito ad atteggiare il sistema nervoso a manifestazioni eccezionali durante il parossismo dell'emicrania.

Sarebbe troppo difficile dimostrare in modo evidente come la innervazione vaso-motoria del rene e perchè questa parte e non un'altra della innervazione abbia, nella guisa che vedemmo, potuto alterarsi. Tuttavia, mentre è dimostrata la dipendenza dal sistema nervoso di molti fenomeni viscerali, compresa l'ematuria; - mentre anche clinicamente fu constatata l'ematuria in seguito ad anomalia dell'innervazione cerebrale, e ricorderò in proposito ciò che accennai nell'articolo precedente; - mentre si conoscono casi di ematuria in seguito alle anomalie

mestruali della menopausa narrati da *Chouffe*, *Menville*, *Dusourd*, *Tilt*; — mentre questi ed altri casi di emorragie viscerali che si verificano durante la menopausa, vengono spiegati col meccanismo delle paralisi vaso-motorie, credo che l'ematuria idiopatica che si verificò in me stesso come una specie di crisi dell'accesso emicranico, possa attribuirsi ad una anomalia della innervazione vaso-motoria del rene.

Sebbene rari, pure non mancano le storie relative alla ematuria idiopatica, le quali opportunamente dimostrano che questa specie di ematuria meglio sarebbe appellata vaso-motoria.

Un ragazzo di 11 anni per più mesi andò soggetto a ricorrente ematuria, *che poi sparve per sempre senza causa nota*, non presentando veruna labe costituzionale, nè sintomi d'affezione renale [1]).

Una donna per oltre 20 anni ebbe ematuria ad intervalli irregolari, senza altri indizi morbosi. Si credette dipendesse da congestione venosa dei reni; non presentò mai i sintomi della nefrite e guarì spontaneamente [2]).

Un soldato per un anno di seguito trovava nelle sue urine un sedimento di sangue dello spessore di un dito. Guarì completamente, nè mai si seppe sorprendere la causa di questo fenomeno [3]).

In tre casi osservati da *Concato* si verificarono per

---

[1]) *Clar*. Vier Fall. v. Haematuria — Virchow's Jahresber. 2 B. 1 Abtheil. p. 163. 1870.

[2]) *Stevens*. Intermitt. Haematuria ecc. - Britis. med. Journ. 1872.

[3]) *Zomowitz*. Haematuria renalis chronica. — Allgemein. militarärtzl. Zeits. e Virchow's Jahresberis. 2. B. 1 Altheil. 1872.

lungo tempo accessi di ematuria, ad intervalli sempre minori, senza gravi anomalie oltre un leggiero dolore lombare e l'anemia. Mancando altri sintomi, venne in entrambi i casi fatta la diagnosi di congestione renale per paralisi vaso-motoria [1].

Una ragazza di 9 anni, convalescente d'una malatia cutanea pustolosa che durava da 2 anni, venne colpita improvvisamente da cefalea, nausea ed ematuria, che in brevi giorni guarì [2].

Ricordo il caso di una ragazza di 11, o 12 anni dell'agro pavese, la quale, affetta da alcuni mesi da febre intermittente, un giorno col brivido della febre orinò sangue. — La guariva il chinino. — Casi di questo genere sono abbastanza frequenti nella letteratura medica.

E quanti altri esempi non potremmo noi raccogliere dai giornali nostri per dimostrare che l'ematuria idiopatica, che meglio direbbesi vaso-motoria, meriterebbe una trattazione speciale anche nei libri di patologia interna? — Giustamente *Saundby*, occupandosi del valore diagnostico dell'ematurie renali, trova necessario distinguere quelle ch'egli chiama *neurotiche,* alle quali unisce le *vicarie* attribuendo le une e le altre ad alterata innervazione come può avvenire nella isteria, nell'asma, nella dismenorea, durante sofferenze emorroidali [3].

Direi volentieri quello che penso sulla classificazione

---

1) *Cobianchi.* Tre casi di ematuria. — Rivista clinica di Bologna 11, 1876.

2) *Smith W.* Acute Haematurie. — Brits med. journ. 1879 e Virchow's Jahresberich. 2. B. 1 Abtheil. 1879 p. 226.

3) *Saundby* R. The diagnostic significance of Haematuria — Brit. med. jorun, 17 1887.

delle ematurie proposta dall'A. ora citato, ma credo più utile occuparmi della storia interessante che segue.

Ematuria idiopatica durata sei mesi. — Turri Giovanni di 60 anni, di genitori sani, unico superstite di 5 fratelli morti in tenera età per causa ignota, fu sempre di ottima salute. Cocchiere di professione, passò la vita presso ricche famiglie in diverse città, mostrando robustezza e resistenza contro tutte le peripezie del suo stato. – Lunghissime ore a cassetto di giorno come di notte, al sole, alla pioggia, al vento, bene ed anche male riparato. – Nè bevitore strenuo, nè caldo amante di Venere, schivò le conseguenze dei facili abusi meno quello dello stare lungamente a cassetto, per cui, diceva, essere da tempo stato colto da un dolore ai lombi che cresceva ogni volta dovesse protrarre il servizio. – A 48 anni si volle scegliere una compagna, cui fu prodigo di appassionati amplessi durante i primi ritrovi, ma non oltrepassò più mai la giusta misura. – A 52 anni dice essere stato infermo di miliare. Guaritone riprese il solito servizio ed a 59 anni sentì desiderio della vita più tranquilla e comoda, quindi abbandonò cavalli e cocchio e colla moglie si ridusse ad esercitare uno dei tanti generi del piccolo commercio.

Viveva contento e sano, provava qualche lombaggine, che a lui non faceva impressione, perchè ricordava esserne stato affetto anche di più, quando avvertiva la stanchezza dello stare lunghe ore a cassetto. Un giorno provò dolori acutissimi ai lombi ed alle regioni lombo-sacrali, che non gli resero necessaria alcuna cura, perchè presto si dissiparono.

Un altro giorno, mentre evacuava l'orina, fu sorpreso nel vedere questa tinta di sangue, non sapendo a quale causa ciò attribuire, e nemmeno potendo concepire di essere per ammalarsi, perchè era proprio perfetto il suo benessere. La mattina del dì seguente, svegliatosi, osservò che le sue orine avevano un deposito di sangue, e ancora orinava liquido sanguinolento. Si presentò al proprio medico, e poscia entrò nell'Ospitale per essere curato; ma nessuna cura valse a togliere il fenomeno del piscio sanguigno. Un mese circa dopo che questo s'era presentato la prima volta, fu accolto nella Clinica medica.

Stato presente. — Uomo di media statura, di nutrizione buona, di colorito vivace, ampio il petto, regolare in ogni parte lo scheletro.

Al capo: i sensi specifici normali, lieve blefarite ciliare, pupille normali, normali le linee del volto. La mucosa orale rosseggiante, la lingua con leggero intonaco bianco.

Al collo nulla di notevole.

Al petto: la cute presenta molte tracce di acne infiammato e suppurato. Per ciò che riguarda l'area polmonale, la percussione e l'ascoltazione non dimostrarono alcuna anomalia. Non si scorge dove batte l'apice del cuore; la base misura cent. 9, il ventricolo sinistro 10, il destro 12. Il 1° tono è normale, il 2° un po' accentuato alla base, sul focolaio aortico.

All'addome: il volume normale, la forma alquanto modificata per la presenza di due ernie inguinali sempre felicemente contenute dal cinto agli inguini lieve ingrossamento delle glandule. In nessuna altra parte del corpo si sentono ingrossamenti glandolari. Le ernie libere af-

fatto, indolenti come tutto il resto del ventre. Il fegato sporge appena dal bordo epatico, e sulla linea parasternale destra misura 7 cent. La milza è normale.

Gli arti sono bene sviluppati, muscolosi; gli inferiori presentano delle varici, e le borse sierose del 1° metatarso appariscenti per lieve raccolta.

Rifatto l'esame dell'addome con maggiore diligenza, mediante la metodica percussione e palpeggiamento in ogni punto della sua superficie, non giungemmo a rilevare nessuna anomalia di sensibilità, nè di forma, nè di resistenza. Alle regioni renali, all'ipogastrio, il nostro esame fu ognora senza risultato positivo.

Si lasciò il paziente senza medicamenti affatto, per vedere come si comportassero spontaneamente le orine; e queste si trovarono nella quantità media giornaliera di 1300-1600 c. c. — Ordinai che fossero versate in vasi separati le urine del mattino, del giorno e della notte, e quindi trovai, che le prime erano appena sanguinolente, le seconde ricche di sangue, *le ultime di colorito affatto normale*; ed il paziente avvertì, che *questo avveniva ogni giorno, cioè la mattina quando orinava svegliandosi, emetteva le urine normali,* più tardi si imbrattavano vie più di sangue. Questo si raccoglieva sul fondo del vaso e faceva un deposito uniformemente distribuito, senza coagoli. L'orina, anche a giorno inoltrato, quando cioè si faceva più carica di sangue, usciva senza difficoltà, senza dolore, senza molestia di sorta, ed appena emessa, presentava il colore sanguigno uniforme — il sangue era propriamente commisto all'orina. Questa aveva reazione acida sempre; però, quella emessa la mattina e di colore normale era un po' meno acida delle altre.

Coll' esame microscopico non si riscontra che la presenza di globuli sanguigni, di cui la maggior parte stellati, seghettati, grinzi, altri gonfi e sferici, ed altri ancora d' aspetto quasi normale. Rarissimamente si incontravano globuli bianchi e qualche cilindro jalino. Nelle orine del mattino, normali all'aspetto, si vedeva appena qualche isolata emazia.

L' esame chimico delle orine non scoperse rilevanti anomalie, in fuori di questa, cioè *la presenza di scarsa albumina anche nelle orine del mattino, aventi l' aspetto normale.* Gli altri componenti ordinari stavano nelle volute proporzioni.

Si fece un esame comparativo circa il contenuto di albumina nelle orine del mattino, del giorno e della notte, e si trovò, che le prime ne contenevano gr. 0,20 sopra 250 c. c. di orine, le seconde gr. 2 sopra 600 c. c., le terze gr. 2,52 sopra 720 c. c.

Venne istituito l' esame vescicale e l' esame rettale, con risultato negativo.

Quest' ammalato, che all' aspetto si sarebbe giudicato più giovane, che conservava una certa espressione di vigore, di energia, di salute, non accusava che una certa debolezza e qualche dolore ai lombi, ma che, sebbene non fosse di nuova insorgenza, tuttavia parevagli dovesse essere preso ora in considerazione, atteso la insistente ematuria. Del resto l' appetito e la digestione erano normali. La stessa crasi sanguigna ci si presentava normale.

Riassunto del diario. Poco devo raccogliere, essendo stata la sintomatologia delle più uniformi e monotone. Tuttavia, nel breve riassunto v' ha qualche nota importante.

Intanto rileverò, che il paziente non offerse mai, assolutamente mai, un segno qualunque di deperimento costituzionale, tanto che dovevasi rimanere sorpresi al vedere ogni giorno una discreta perdita di sangue, senza palesi conseguenze nello stato generale.

L' ammalato qualche giorno accusava notevole debolezza, ma qualche altro non l' avvertiva. Per questo, la rapidità con cui si succedevano queste fasi di maggiore o minore energia delle forze, ne rese accorti, che non trattavasi della debolezza che suole originarsi dalla perdita sanguigna; quindi, fattomi a richiedere il paziente di nuovi schiarimenti, rilevai che egli avvertiva una debolezza dolorosa, più o meno, al torace, agli arti, nei quali, quando la debolezza era maggiore, notava pur anco del tremore, che obbligavalo o a rimanere in letto, o a coricarsi se fosse stato in piedi. E risulta dal diario, che questi fenomeni da un giorno all' altro si manifestavano, scomparivano, alternandosi con giorni di relativo ed assoluto benessere.

Deve pure notarsi un' altra circostanza, che, cioè, la quantità del sangue nelle orine, indipendentemente da ogni modificazione, s' è trovata qualche volta in rapporto colla precedenza e colla concomitanza del senso di debolezza, o dei dolori ai lombi e dei tremori agli arti. Per esempio, è registrato, che il paziente accusava questi fenomeni quando già le orine si facevano più ricche di sangue; che talora, queste si mostravano meno sanguigne del solito, e il paziente asseriva trovarsi molto meglio del giorno precedente.

Due volte ho voluto esaminare al microscopio l' orina,

tratta dalla vescica mediante la siringa, ed *ho veduto amendue le volte globuli sanguigni rossi contrattili.*

Un giorno, il paziente avendomi impressionato col racconto di certi dolori che provava ai lombi, di dolore non mai avvertito prima all' uretra, agli arti, di tremolio in questi e di debolezza estrema, lo sottoposi a nuovo esame, che estesi anche agli organi del sistema nervoso, ma esso risultò sempre negativo. E veramente tutto avea aspetto come di un accesso nervoso, perchè il giorno vegnente la scena erasi spontaneamente mutata.

Dalle cure che ho istituite, interna ed esterna, dirò appena di quelle che mi pare abbiano influito. — Giovò l'ergotina per iniezione sottocutanea, ma il giovamento fu scarso e temporaneo. — Giovò l'amministrazione del cloruro sodico, ma anche con questo rimedio si ottenne che minorasse appena la quantità del sangue nell' orina. - Giovò pure, ma meno, il nitrato d'argento a dose progressiva.

Dopo tante prove, ho prescritto l'estratto di fava del Calabar in pillole, alla dose di due centigr. per pillola, da prendersi ogni giorno in numero maggiore, principiando da due. — Ecco quanto sta scritto sul diario dopo due giorni di cura: Le orine della giornata di ieri sono di colore rosso-giallo, *senza sedimento*, e tengono sospesi pochi globuli sanguigni; quelle del mattino sono affatto normali, non hanno nè globuli sanguigni, *nè albumina. È la prima volta che le orine di questo infermo hanno presentato un fatto simile.* Il paziente si trova bene.

Venne sospeso il rimedio e le orine del giorno tornarono ad essere sanguinolente presso a poco come innanzi; ripreso il rimedio, tornarono allo stato normale.

Il paziente lusingato da questo successo, bisognoso di accudire dopo tanto tempo alle proprie faccende, volle uscire dalla Clinica, promettendoci di continuare la cura a domicilio, e di farsi vedere quanto prima. Infatti, progredì molto nella dose del rimedio fino a prendere 10-12 centigr. di estratto di fava del Calabar al giorno. Ebbe ancora qualche volta l'orina tinta di sangue, non mai così sanguinolenta come prima, e quella che emise nell'atto che venne a farsi vedere, era normale. Continuò la cura, continuò il miglioramento generale, non più vennero a prostrarlo la debolezza ed i dolori che tratto tratto accusava prima, nè le orine cessarono di mostrarsi limpide e normali affatto. — Ho voluto rivedere il paziente un anno dopo ch'era stato dimesso dalla Clinica (fu dimesso il 13 maggio 1883 e l'ho riveduto nel maggio del 1884), e mi si presentò completamente sano, contento del suo stato, capace, come prima, di dedicarsi a' propri interessi [1]).

Nessun dubbio che si trattasse di vera ematuria, od ematuria parenchimatosa (*Ultzmann*); che poi questa fosse di origine renale, si argomenta dalla mancanza di ogni sofferenza uretrale e vescicale, dal modo medesimo di comportarsi della ematuria. La intermittenza era per me un modo di esperimento, quale è suggerito da *Stein* per differenziare l'ematuria renale dalla vescicale. Il lavacro della vescica finisce col togliere da questa ogni traccia

---

[1]) Aveva scritte queste pagine quando discorrendo ai miei allievi dell'ematuria in principio di quest'anno scolastico 1888-89, volli presentare loro l'individuo, che gentilmente secondò il mio desiderio e dimostrò essere tuttavia in ottimo stato di salute.

di sangue, se trattasi di emorragia renale; invece, se si tratta di emorragia vescicale, l'acqua esce sempre imbrattata [1]).

Le sofferenze, sebbene lievi, che tratto tratto accusava il paziente, quelle stesse che pare abbiano preceduto la prima comparsa dell'ematuria (acuto dolore lombare), chiamavano l'attenzione mia direttamente sulle condizioni del rene. La quantità del sangue, la mancanza di grumi, di coaguli visibili, la commistione perfetta del sangue colle orine, mi confermavano sempre più nella convinzione, che si trattasse di ematuria renale.

Anche l'avere constatato globuli rossi contrattili nell'orina di fresco discesa dai reni e cavata mercè la siringa, sarebbe argomento favorevole alla diagnosi di sede dell'ematuria, se quanto asserisce *Friedreich* [2]), e conferma *Eichhorst* [3]), può darsi come criterio diagnostico differenziale. Egli è vero, che si tratta di un fatto osservato ancora da pochi, e sul quale ha già sentenziato in senso contrario al suesposto il *Rosenstein* [4]), tuttavia

---

[1]) *Stein.* Lecture on Haematuria. — New-York med. Record. 23, 1882.

[2]) *Friedreich.* Ein Beitr. zu Lebensgeschichte d. rothen Bluthörperch. – Virchow's Arch. B. 41.

[3]) *Eichhorst.* Handb. d. Speciel Pathol. — B. 2, p. 193.

[4]) *Rosenstein.* Die Pathol. u. Therap. die Nierenkrenkeit. 2. Aufl. p. 34. — L'A. dice d'avere osservato globuli rossi contrattili, ma non potrebbe ritenere con *Friedreich* che siano un carattere della ematuria renale, perchè da una parte ha casi di ematuria renale constatata, nei quali i globuli rossi contrattili nell'orina mancavano, e dall'altra ricorda averli osservati nelle orine d'un itterico. — Non mi sembrano argomenti molto persuasivi cotesti: primo, perchè si sa che la constatazioue dei globuli, rossi coutrattili nell'urina può richiedere un dato modo di ricerca p. es. quello d'estrarre l'urina appena caduta nella vescica, e quindi non si possono escludere i detti

ho creduto bene di farne ricerca e di tenerne calcolo. Io non dirò, che la presenza di emazie contrattili nell'orina sia indizio d'ematuria renale, ma parmi utile registrare il fatto. Che se anche perdesse ogni valore per ulteriori indagini, non torrà certo il significato degli altri, sui quali riposa la diagnosi di sede.

Ed ora ci troviamo davanti ad un altro quesito: — quale processo patologico era causa dell'ematuria?

Non la nefrite, perchè mancavano addirittura tutti i sintomi di una acuta o subacuta lesione infiammatoria renale; e la nefrite cronica avrebbe necessitato ben altro reperto uroscopico, ammessa, ciò che sarebbe oltremodo eccezionale, la nefrite cronica colla forma di ematuria offertaci dal caso in discussione.

I dolori, sebbene ordinariamente miti ai lombi, l'acutissimo dolore lombare insorto prima dell'ematuria, potevano far sospettare una calcolosi renale; ma l'ematuria in questi casi è periodica, ed accompagna l'accesso della colica renale; la stessa ematuria sarebbesi esacerbata coi movimenti del corpo, a lungo andare si sarebbe accompagnata col reperto proprio delle nefrite o delle pielite; nelle orine si sarebbero trovati coaguli; nel sedimento cristalli d'acido urico o di ossalato di calce.

Poteva sospettarsi una neoproduzione renale, vista la quantità del sangue giornalmente emessa. Se non che non sempre si può dire, che la neoproduzione incipiente faccia luogo alla ematuria, così costante com'era nel caso nostro;

---

globuli se non si ha soddisfatto a questa condizione; secondo, perchè anche nell'itterico può darsi una lesione renale; ciò che è confermato da chi conosce i rapporti che passano tra le malatie del fegato e quelle del rene.

ed inoltre si danno casi di neoformazione renale senza alterazioni nell'orina; nei quali casi si avverte la presenza del tumore coll'esame conveniente del ventre. Nel caso mio, ogni esame ebbe risultato negativo; di più, lo stato generale del paziente contrastava colla supposizione d'una degenerazione di un rene, perchè, non solo aveva aspetto di persona sana, ma era ben nutrito, e, tolte alcune ore, qualche mezz'ora, od al più qualche giorno, aveva costante benessere.

La mancanza di coaguli nelle orine, essendo l'ematuria piuttosto abbondante, sarebbe un altro argomento contrario alla opinione, che nel rene si svolgesse una neoformazione; perchè, si sa, che in questi casi suole anzi trovarsi una quantità di coaguli vermiformi, o foggiati come i noti cilindri renali.

E d'altra parte, la stessa mancanza di coaguli avrebbe allontanato il pensiero dalla idea di un processo attivo, rendendo più probabile qualche altro, in cui suole avverarsi emorragia colla stasi renale. — *Bartels* dice, che la quantità dei globuli nelle orine non influisce sulla presenza della fibrina, ma influisce la causa della emorragia; però nell'emorragia da stasi non si hanno, in quella da infiammazione invece si hanno coaguli fibrinosi [1]).

E se anche all'ipotesi della trombosi si arrestava la mente, presto svaniva ogni probabilità, considerando, che mancavano precedenti morbosi che giustificassero tale ipotesi: – quali: uno stato cachettico generale, la flebite crurale, la compressione di tumori nati in prossimità del-

---

[1]) *Bartels* in Ziemssen Handb. d. speciel Pathol. und Therap. B. IX, 1. p. 61.

l'ilo del rene. Ed anche ammessa la trombosi di una vena renale, essendo possibile al sangue raggiungere per vie diverse la cava ascendente - se, come avviene, l'ostacolo si produce a poco a poco — l'emorragia può anche mancare; in secondo luogo; se si manifesta, dessa non è così duratura, e insieme al sangue altri elementi renali, compresi i cilindri, non devono fare difetto come nel caso nostro.

Si doveva forse pensare ai parassiti renali? ed a quale? Dopo le esposte cose non potevasi sospettare l'echinococco: troppo chiara si vede la insussistenza d'una tale ipotesi diagnostica.

Dopo ciò, ricordando l'età del paziente, le dimensioni dell'area cardiaca, nonchè l'alterazione del 2° tono sull'aorta, ricorreva alla mente la possibilità, che l'ateroma della renale fosse causa dell'ematuria.

Ma è ben altro il porre avanti un concetto generale come questo, e lo scernere, tra le possibili, la lesione anatomica del caso concreto.

Nessuna maraviglia, che in un individuo, nel quale durante la vita si manifestarono segni espliciti, ed anche semplicemente probabili, di ateromasia, si possano trovare di questa le più chiare espressioni nelle renali, come nelle altre arterie viscerali; ma non sempre, anzi raramente, è dato al clinico istituire un diagnostico dettagliato e preciso. — Gli argomenti razionali che si adoperano in alcuni casi, per concludere una diagnosi di ateromasia di una parte del sistema arterioso, non sono tutti irrefutabili; gli argomenti obbiettivi non sempre univoci, o patognomonici; spesso induce nella diagnosi di ateromasia delle arterie di qualche viscere la facile

esclusione di altri processi, più che la evidenza dei fatti.

Nel caso nostro, anche volendo seguire i deboli criteri di probabilità per una lesione di arterie renali, io non trovavo appoggio sicuro.

Era forse l'ematuria dipendente da dissesto idraulico per ateromasia diffusa lungo l'aorta e lungo il tronco della renale?

Era effetto di dissesto circolatorio per aneurisma della renale?

O l'ateromasia diffusa aveva invaso il tronco e le diramazioni viscerali dell'emulgente?

Ad 1.um — Quante volte non si vede lesa profondamente l'aorta addominale, senza che comparisca in campo l'ematuria! — È vero che, generalmente, quando il processo morboso del vaso lento lento si sviluppa, può non recare danno sollecito, nè grave, ai visceri, e quindi anche al rene. Ma è pur vero, che quando l'accennato processo si stabilisca e si diffonda con qualche vivacità, s'hanno condizioni renali ben differenti da quelle presentate dal nostro paziente [1]). — Ad ogni modo la forma dell'ematuria che conoscemmo, resta inesplicata.

Ad 2.um — L'aneurisma dell'emulgente è assai raro; ma ciò non vuol dire nulla. Può produrre nevralgie lo-

---

1) Possono darsi anche casi con sintomi negativi da parte dei reni, come dimostra luminosamente quello narrato sulla Gazzetta medica ital. delle prov. ven. (1883 n. 16, p. 129), dall'egr. dott. Bonuzzi, nel quale due voluminosi aneurismi dell'aorta addominale, fra loro comunicanti, eransi sviluppati sotto la celiaca, ed erano quasi simmetricamente cresciuti in modo che, estendendosi lungo l'asse aortico, spostavano dalla loro sede ambo i reni. Ebbene, in questo caso è detto che l'orina era scarsa, e non conteneva nemmeno albumina.

cali e può produrre l'ematuria. Se non che essa ha decorso e forma differenti da quelli che presentava il mio ammalato. Io conosco un caso d'aneurisma della renale, che non produsse mai ematuria.

Ad 3.^{um} – Che l'ematuria fosse effetto della malatia delle arterie renali, non solo del tronco, ma anche delle loro diramazioni viscerali, era forse una ipotesi oziosa; perchè, in generale, le diramazioni delle renali ammalano in modo secondario ai processi infiammatorii del viscere; e perchè con tanta maggiore ragione doveva escludersi, in quanto che le alterazioni del rene sarebbero state quelle della lenta nefrite prima, e poscia della atrofia renale.

Se il paziente si fosse a me presentato con altre sofferenze, fossero pur state quelle comunissime della dispepsia, o del catarro bronchiale, o di qualcuna delle tante manifestazioni nevrosiche, ecc., dopo averlo attentamente esaminato, oltre la diagnosi della sofferenza accusata, mi sarei formato il concetto di un organismo già entrato, sebbene insensibilmente, nella fase che si dice regressiva — quando appunto le lesioni del sistema arterioso incominciano. La qual cosa per me ha molta maggiore importanza delle diagnosi del semplice malore gastrico, od altro; perchè essa è base fisiologica di molte possibilità morbose, sebbene ad essa non sempre, nè dalla maggioranza dei medici, si volga il pensiero quanto si conviene.

Ma qui troppo divagherei dal proposito, se volessi spiegare questo mio pensiero con fatti clinici e ragionamenti; dirò solo, che nel caso mio, applicando ciò che mi dettava la pratica osservazione, venivo nella seguente

ipotesi diagnostica; che cioè, l'ematuria doveva essere considerata quale effetto di una alterazione vaso-motoria.

Si chiederà, se bastava supporre una lesione vaso-motoria, senza subordinarla ad un'altra condizione, della quale non esistevano indizi tanto evidenti; – si chiederà: di quale centro vaso-motore dovevasi ammettere lesa la funzione, e come spiegar potevasi, mercè la probabile lesione ateromatosa, il suo sconcerto funzionale.

Secondo me, non bastava supporre la funzionale anomalia vaso-motoria, senza accennare alla causa determinante, avendosi un individno che non diede mai indizio di singolare suscettività nervosa, nè mai provò fenomeni della natura di quelli che venivano ammessi. Mancando poi ogni altra causa esterna — colpi, cadute — che avessero potuto male impressionare la innervazione, bisogna necessarìamente introdursi fra le probabili cause interne. – Non mi accontentava la semplice ipotesi della alterazione funzionale vaso motoria, perchè io desidero evitare ciò che dirò l'andazzo del giorno, secondo il quale troppo si usa e si abusa della dottrina fisiologica, quando altre spiegazioni patogeniche potrebbero darsi; ed io credo, che adducendosi la teoria dei nervi vaso-motori, debbasi giustificarla con argomenti, o dedotti dalla costituzione individuale, o dalla conoscenza della causa, o dalla conoscenza delle modificazioni particolari che ponno subire gli organismi.

E nel caso in discorso, doveva pur essere presente il fatto, che l'individuo, in età relativamente non avanzata, aveva sentito il bisogno di riposo, aveva abbandonato ciò che prima eragli e mezzo, e diletto della esistenza; mentre l'esperienza giornaliera insegna quanto dura l'uomo a lasciare gli elementi fra i quali crebbe

e visse e dai quali trasse, non che il sostentamento, anche le sue compiacenze.

Il mio paziente era venuto al punto che sentiva bisogno del riposo. Stava bene all'aspetto, non gli mancava l'appetito, digeriva bene, ma non era più quello di prima. Era cupo, provava delle debolezze generali, che stavano in rapporto colla comparsa della ematuria; anzi, come dice la storia, provava fenomeni di dolorosa debolezza agli arti, con uno stato di generale malessere, che costituivano quasi una forma di accesso, che a volte era fugace, a volte invece durava delle ore ed anche un giorno.

Le quali cose manifestamente significano, che in lui si davano condizioni di lesa funzione nervosa; che questa però era lungi dall'accennare ad incipiente e progressivo alteramento dei centri nervosi.

In tale condizione di cose, certo era difficile arguire quale centro vaso-motore dovevasi ammettere leso per spiegare l'ematuria; ma non volendo spingere la indagine clinica più di quello che si concede a studi pratici, restava sufficientemente soddisfatta la ragione; perchè, se anche col metodo della esclusione, s'era venuti nella diagnosi di *ematuria renale da alterazione vaso-motoria, in individuo con segni di incipiente ateromasia*, potevasi comprendere sufficientemente il meccanismo della lesione nervosa, riflettendo: – 1° ai facili sconcerti idraulici che sogliono ricorrere nei centri dell'asse cerebro-spinale solo per il fatto della lesione vascolare; – 2° alle alterazioni nervose, che succedono alle irregolari irrigazioni sanguigne [1]).

---

1) Oltre a tutto, deve pensarsi ad un'altra condizione che non è idraulica, ma chimica; cioè, che quando principia a ledersi la fun-

Se è lecito argomentare sulla natura della malatia, con criteri presi dalla terapeutica, bisogna convenire, che la probabilità dell' annunciato diagnostico si conferma e s' accresce. In vero, l' ergotina e la fava del Calabar hanno, più d' ogni altro rimedio, corrisposto; quest'ultima sopratutto dimostrò in modo evidente la sua attività, sopprimendo l' ematuria anche quando era riapparsa per sospensione del rimedio.

Un caso assai analogo al mio trovo descritto da Choate. — Un cocchiere di 40 anni, da più di sei mesi, aveva abbondante ematuria, che guarì colle ripetute iniezioni sottocutanee di ergotina [1]. L'Autore attribuì l'ematuria all'abuso di alcoolici, in mancanza d' altra causa. — Se riflettiamo alle conseguenze d' un tale abuso, non ricadremo anche qui nelle alterazioni vaso-motorie?

Una circostanza importante nel nostro ammalato — circostanza che venne anche in altri casi osservata - è quella che si riferisce alla intermittenza della ematuria. — I fatti avvenivano proprio nel modo seguente: l' ematuria andava diminuendo nelle ore del mattino, poscia l' orina acquistava aspetto normale; - questo si verificava tanto se il paziente si fosse alzato dal letto, quanto se fossevi rimasto per tutto il giorno e la notte.

In altri casi di ematuria sintomatica mi aveva fatto impressione una circostanza analoga, cioè, l' urina emessa

---

zione vascolare, non si compie intera la ossigenazione sanguigna; l'organismo prova le conseguenze di ciò che direbbesi stato asfittico, sebbene in grado lievissimo, ma che è capace di modificare la funzione dei nervi dei vasi, giusta le belle esperienze di Dastre e Morat.

[1] *Choate D.* Hæmaturia. — Boston med. a. surgic. journ. 1875, e Virchow's Jahresber, 2 B. 1 Abtheil, p. 245, 1876.

durante la notte era evidentemente più ricca di sangue. – Di questi casi ricordo uno nel quale l'ematuria dipendeva da ateromasia diffusa con alterazioni secondarie nel rene; un altro dove avevasi carcinoma renale; un altro nel quale si avevano segni manifesti d'idronefrosi; un altro fra tutti interessantissimo, perchè era sorta l'ematuria in seguito a gravi condizioni morbose maravigliosamente superata dal paziente, che era un fanciullo; nel quale era preceduto il morbo di *Pott*, poi erano intervenute suppurazioni ghiandolari, bronco-alveolite disseminata, pleurite, pericardite ed una pronunciatissima idroemia. - Anche in questo caso, del quale avrò forse da occuparmi specialmente in altra occasione, l'ematuria presentava delle differenze, secondo che si esaminava l'urina versata durante il giorno o quella versata nottetempo. — Ricordo anche un altro caso interessante il quale a tutto rigore appartiene ai casi emoglobinuria, e che per ragioni indipendenti dalla mia volontà non ho potuto seguire per tutto il corso della malatia; in questo l'emoglobinuria era stata preceduta da vera ematuria intermittente, la quale compariva nottetempo e cessava quando il paziente abbandonava il letto per accudire alle proprie cose. Per altro, anche se rimaneva a letto per maggiore malessere, durante il giorno emetteva urine normali.

In questo caso, come in quello che ho esposto nelle precedenti pagine, ho voluto più volte esaminare le urine che avevano aspetto normale al microscopio e devo dire che malgrado l'aspetto normale, vi si rinvenivano delle emazie insieme con qualche elemento epiteliale dei canalicoli renali; ma erano scarsissime, era mestieri di molta e diligente osservazione per rintracciarle.

In seguito a questi fatti fermai la mia attenzione anche sulle urine di altri ammalati, ordinando espressamente che versassero in vasi separati l'urina della notte e quella del giorno. Gli ammalati presi in esame furono specialmente quelli che avevano primitive o secondarie alterazioni dell'apparecchio digerente. – Anche in questi trovai quando più, quando meno evidente il fatto sopra indicato: le urine versate durante la notte presentavano abitualmente una tinta più oscura e talora oscurissima in confronto di quelle emesse durante il giorno.

E mentre andava raccogliendo questi particolari, sui quali più volte ho richiamato l'attenzione degli allievi, ho voluto osservare come avvengono le cose anche in persone reputate sane; ed ho veduto, che anche in alcune di queste si verificava il fatto sopra indicato, sebbene non costantemente ed in proporzioni diverse.

Dietro questi fatti mi è sembrato intravedere un certo nesso tra la intermittenza dell'ematuria osservata ne' miei ammalati, ed il periodo, secondo il quale l'orine di altri ammalati e di apparentemente sani, si mostravano più cariche di materie coloranti e mi è sembrato che il periodico manifestarsi della ematuria e il periodico mutamento delle urine negli ammalati stesse in rapporto con una legge fisiologica, che è quella del ritmo delle funzioni organiche.

Per dare maggiore chiarezza al mio pensiero devo ricordare alcune cose che si riferiscono alla fisiologia del sonno.

Somnus labor visceribus, motus in somno intro vergunt scrisse *Ippocrate* e forse da *Ippocrate* trasse *Robin*

il suo pensiero, che durante il sonno le funzioni vegetative acquistano il massimo grado di attività. – Se ancora dominassero simili concetti, si potrebbe all'ingrosso spiegare i fatti dei quali mi occupo mediante il lavoro più intenso degli organi che periodicamente ha luogo ad ogni ritorno del riposo della notte. Ma in realtà le cose avvengono diversamente, come vedremo considerando le principali funzioni organiche durante il sonno, confermando invece il concetto di *Bichat*, che le funzioni della vita organica, come quelle della vita di relazione, non possono essere continuamente allo stesso grado attive, devono necessariamente rimettere.

Circolazione. Questa si rallenta sensibilmente come dimostrano gli studi fatti sul polso, il raffreddamento delle parti più lontane del cuore, il turgore di tutti i capillari venosi ed anche di quelli delle estremità, il turgore stesso di alcuni distretti del sistema venoso specialmente nell'addome (le vene emorroidali e le vene prevertebrali). Atteso questo stato della circolazione, durante il sonno si rallenta notevolmente la funzione dell'assorbimento e molti medici applicarono ed applicano questa conoscenza alla pratica, evitando durante la notte l'impiego di medicamenti che devono essere assorbiti.

Respirazione. La media delle respirazioni durante la notte si abbassa, ed i movimenti del torace sono meno estesi.

Temperatura. La diminuzione della temperatura e la conseguenza del rallentamento della circolazione e della respirazione; oltre a ciò deve scemare la temperatura anche perchè nella immobilità della persona cessa di agire un'altra fonte di calore — il moto: – *cum somnus*

invaserit, corpus frigescit. Scemato, come dicemmo l'assorbimento ed il trasporto de' materiali combustibili, la produzione del calore diminuisce.

Digestione. Qui parla più che la scienza la esperienza volgare – *post cœnam ambulabis.*

Nutrizione. Qualcuno dice che mentre le altre funzioni che testè considerammo, durante il sonno si abbassano, la nutrizione invece procederebbe eguale, anzi si farebbe più intensa. Si reca l'esempio di coloro che sogliono dormire molto e che ingrassano, e di quegli altri che dormono poco e dimagrano. L'ingrassare più, o meno, non esprime, a vero dire, il più o meno di nutrizione; tuttavia è certo che durante il sonno avviene la riparazione dei tessuti che nella veglia furono sottoposti al lavoro e forse a troppo lavoro. Questa riparazione esprime un grado maggiore della nutrizione o, meglio, dell'assimilazione nel tempo del riposo [1]).

Secrezioni. Nottetempo si fanno meno abbondanti; tuttavia v'hanno eccezioni le quali dipendono dal metodo della vita individuale e di altre circostanze fisiologiche e patologiche, le quali impediscono di venire a conclusioni assolute. Certo è questo, che durante il sonno scema la influenza della innervazione come quella della circolazione sulle glandole secretrici, conseguentemente è logico ammettere, che anche la funzione della secrezione diminuisca. Del resto anche quella dell'urina diminuisce; – si può calcolare secondo *Knapp*, che della quantità giornaliera $^2/_3$ vengano emessi durante il giorno, $^1/_3$ durante la

---

[1]) Questo fatto, notissimo ad Ippocrate, gli ha suggerito il seguente aforisma: *Hyeme et vere, ventres naturâ calidissimi et somni longissimi, quapropter in eis temporibus alimenta pura exhibenda sunt.* Galeno raccomandava alle persone indebolite da malatie di introdurre gli alimenti più nutritivi alla sera.

notte. Durante la notte poi si separa meno urea, meno cloruri, meno fosfati.

Ora tornando al nostro caso di ematuria idiopatica intermittente, nel quale l'ematuria era notturna e così pure ricordando gli altri casi, nei quali anche l'ematuria sintomatica mi si presentava maggiore durante le ore della notte, parmi sia logico ammettere un rapporto fra questo periodo della ematuria e il periodo, secondo il quale fisiologicamente si succedono le variazioni di intensità delle funzioni della innervazione, della circolazione, della respirazione, delle secrezioni. Però io sono inclinato a spiegare la ematuria intermittente idiopatica e le varianti giornaliere delle ematurie sintomatiche, con quelle medesime condizioni dell'organismo per le quali si manifesta la legge del ritmo nelle sue funzioni; legge che sopratutto è rivelata dai fenomeni del sistema nervoso che governa le funzioni organiche tanto nello stato di salute quanto in quello di malatia.

Diminuendo durante il sonno l'attività della innervazione e della circolazione, sono favorite le congestioni sanguigne sopratutto nei capillari. Da queste pletore capillari, che in molti individui sani ed ammalati si verificano di preferenza in un punto od in un altro dell'organismo, sono favoriti parecchi fenomeni e tra questi le emorragie.

L'ematuria intermittente del caso mio somiglia a quell'altra specie di emorragia che si osserva non di raro effettuarsi nella cavità orale durante il sonno. Non pochi individui raccontano come la mattina, destandosi, trovino sempre macchiato il guanciale di sangue, che durante il sonno, misto a saliva, fluisce dalla bocca. Sono individui che hanno in corso fenomeni di cronica malatia dell'ap-

parecchio respiratorio, o dell'apparecchio digerente, nei quali avviene di trovare la mucosa gengivale e quella delle fauci costantemente iperemica, ma che ogni qual volta in loro si avvicenda il riposo del sonno, provano fenomeni di una vera iperemia da stasi nella bocca e nelle fauci, che si dissipa col rieccitarsi della innervazione e della circolazione.

Tutto ciò che dissi per mostrare i rapporti fisiologici che passano tra il periodo col quale si succedono i fenomeni della vita vegetativa ed alcuni fenomeni relativi alla ematuria, dovrebbe essere ben più ampiamente sviluppato e formare un capitolo importante di patologia generale. Mentre fisiologicamente si conoscono le modificazioni che per il sonno avvengono nella innervazione, nella circolazione, nella respirazione ed in tante altre funzioni che a queste sono subordinate, gioverebbe assai uno studio analitico di ciascheduna, perchè vedrebbesi come anche i sintomi tanto delle malatie acute, quanto delle croniche, vengano a modificarsi col succedersi dei periodi funzionali dell'organismo.

Si sa che in alcune malatie di petto crescono le difficoltà di respiro e di circolo per cui insorgono le dispnee notturne, le forme asmatiche ecc.; ma se si prendono le storie di tutti gli ammalati di qualunque malatia si voglia e si rilevano i diversi modi di comportarsi dei sintomi subbiettivi ed obbiettivi durante il giorno e durante la notte, si vedrà che molte circostanze sintomatiche non sono effetto della malatia, ma delle modificazioni funzionali dell'organismo, che periodicamente si succedono per la legge del ritmo a cui ho più sopra accennato.

In qualche altro mio scritto ho fatto ragione di questo fenomeno fisiologico per comprendere l'aumento di alcuni sintomi che frequentemente ogni mattina sogliono essere più intensi in confronto delle altre ore del giorno; p. es. il catarro bronchiale in molti che sono in preda ai sintomi della tisichezza polmonale, i sudori notturni ecc. Ma molto, moltissimo resta a fare in proposito per soddisfare scientificamente alle esigenze della clinica.

Durante il sonno si respira meno; ebbene l'effetto fisiologico che ne deriva, credo io non possa essere eguale nei sani come negli ammalati, negli ammalati di malatia di cuore p. es. e negli ammalati di malatia di fegato. Durante il sonno, durante la notte rallentano tutti i fenomeni circolatorii, si modificano le secrezioni; ma tutto questo non può avvenire nel modo identico ne' sani come negli ammalati e le conseguenze di queste modificazioni funzionali non possono essere eguali in questi come in quelli.

D'altronde resta a conoscersi se e quanto influisca lo stato morboso nel modificare il periodo funzionale fisiologico e quanto ciò possa contribuire alla sintomatologia del caso concreto.

Molti fatti già noti all'esperienza clinica inducono ad ammettere, che lo stato morboso ordinariamente tende ad interrompere la successione del fenomeno naturale relativo al periodo del riposo, come ci fanno già sapere essere il sonno un mezzo atto a raddolcire alcune sofferenze; ma non mancano i casi nei quali, malgrado il sonno, i sintomi possono maggiormente accentuarsi, come si danno casi d'insonnia, di quasi continua agitazione, nei quali non si può dire che per ciò i sintomi si inaspri-

scano. Tanto che talvolta mi sono chiesto, se per avventura non sia da ritenersi utile l'insonnia come tale altra è a riconoscere utile il sonno.

Credo proprio fermamente che l'argomento meriterebbe una trattazione speciale. Per conto mio ho già da tempo incominciato a raccogliere dei fatti dai quali sono eccitato a ricercare in ogni caso le modificazioni che possono presentare i sintomi morbosi in seguito al riposo spontaneo e procacciato ed a trarre anche qualche indicazione terapeutica a norma delle modificazioni che constato di mano in mano, procurando di scoprire se le date modificazioni sintomatiche stanno in rapporto con questa o con quella funzione organica.

Colla indicazione fatta di ematuria idiopatica si intende, come è noto, l'ematuria indipendente da alterazione renale; e con tutto ciò che venni finora esponendo, risulta che io intendo subordinare l'ematuria alla influenza del sistema nervoso.

Non è d'uopo ch'io ripeta quanto si trova scritto su tutti i libri di patologia, che vi hanno, cioè, delle emorragie le quali stanno subordinate alla funzione dei nervi vaso-motori, come fanno fede i flussi mestruali, alcune epistassi, alcune emorragie cutanee, congiuntivali, altre delle mammelle e altre dell'apparato uro-pojetico, le ematemesi e la emoftoe dei così detti isterici; come superfluo sarebbe rammentare le emorragie che vennero riscontrate ne' polmoni, nella pleure, nel ventricolo in seguito a malatie cerebrali.

Piuttosto credo opportuno spendere qualche parola intorno al genere della emorragia e intorno alla sua genesi.

Qui bisogna ammettere necessariamente la emorragia per *diapedesi*, quale era ammessa da *Morgagni*, da *Bichat* e che venne modernamente riammessa da *Cohnheim*.

Ho detto riammessa, non illustrata, perchè a dir vero sugli esperimenti di *Cohnheim* non ho mai potuto convincermi intorno al modo col quale egli e suoi seguaci hanno spiegato la diapedesi. E tanto meno mi persuade questo Autore – troppo presto rapito alla scienza – là a pagine 309 del vol. 2° della sua opera (Vorlesungen der allgemeine Pathologia 1880) dove descrive quello che avviene nel rene quando si pratica la legatura delle vene renali e riguarda le indotte alterazioni circolatorie come una prova delle diapedesi; mentre i numerosi infarti e le copiose emorragie troppo dimostrano la rottura dei vasi in seguito alla colossale pressione interna determinata dalla legatura.

Se la stasi artificialmente indotta può far credere alla possibilità di un aumento di pressione intravasale, se può far credere che attraverso gli stomi passino i globuli sanguigni, resta da sapere perchè attraverso gli stomi, che si trovano sulle pareti vasali, non possano passare i globuli sanguigni anche nello stato normale della circolazione. *Cohnheim* medesimo ha pensato che la parete del vaso, perchè ciò avvenga, deve modificarsi, alterarsi; ma non disse quale sia, quale possa essere questa alterazione.

Se non m'inganno, dopo molte osservazioni che si sono fatte sulla diapedesi, la mente degli studiosi è passata oltre senza ultimare la trattazione dell'argomento, ed oggi poco o punto si bada se, discorrendosi dell'emorragia, si ammetta o no la diapedesi nel senso *Cohnheim*.

Eppure una volta era considerato un eresiarca quegli che osasse sollevare un dubbio: – io lo so per prova.

Ma allora che tutti parlavano dell' argomento, ed ora che l' hanno abbandonato ancora insoluto, io credo potere esprimere il mio subordinato parere intorno alla emorragia per diapedesi, avendo fatto anch'io le mie osservazioni numerose ed avendo notato dei fatti che non ho veduto registrati da altri. Inoltre credo bene farne menzione, essendo anche portato a ciò dalla natura dell' argomento.

Ammesso adunque che possano darsi delle stasi capillari in seguito a paralisi vaso-motorie in un organo, applicando ciò che ho veduto sul mesenterio e sulla lingua delle rane, credo avvenga quanto segue:

1. Dilatazione dei capillari propriamente detti.

2. Impedimento allo scambio dei gas, quindi uno stato di narcosi locale.

3. Per questo un mutamento nelle condizioni bio-chimiche degli elementi che costituiscono la parete del vaso capillare.

4. Regressione di questi elementi allo stato embrionale, quindi essendo questi tolti allo stato di fissità istologica, non più resistono alla pressione interna, i capillari non solamente si deformano per gozzi e sporgenze che si presentano lungo il loro decorso, ma in qualche punto la parete del vaso si rompe, e fuori esce il materiale sanguigno.

5. Tolto così l' eccesso di pressione, e a poco a poco riattivandosi la circolazione e quindi la nutrizione degli elementi, perchè cessa lo stato di narcosi carbonica, tutto rientra nello stato normale [1]).

---

[1]) Di fatti consimili io discorsi in una memoria presentata all' Isti-

Io credo che siano così intimamente legate le funzioni fra loro, che non si possa esclusivamente ad una attribuire tutta la importanza di un fenomeno che si mostra dipenderne; quindi è mestieri, oltre quella data funzione, chiamare a contribuzione le altre che dalla prima subiscono necessarie conseguenze. Così è che quando si hanno delle stasi, non si debba rimanere alla sola considerazione degli effetti meccanici, ma si debbano considerare eziandio tutti gli altri che nell'ordine del trofismo sugli elementi possono susseguire. Non dubito di asserire, che quando l'attenzione degli studiosi si volgerà nuovamente su questi fatti, dovranno spiccare i due elementi che intimamente si connettono - il meccanico e il chimico; la pressione intravasale e l'alterazione trofica degli elementi costituenti i capillari a membrana semplice detta altrimenti anista. Di più ricorderemo, che la disposizione dei capillari glomerulari è quella dei vasi che rimangono costantemente allo stato embrionale — cioè nella migliore condizione per provare le conseguenze della stasi neuroparalitica di cui ho detto dianzi.

Perchè mo' tutte volte si verifica una stasi capillare vaso-motoria, non avvengono li stessi fenomeni e la risultante emorragia?

Io non lo so. È certo che se variano i fenomeni che sogliono succedere alle paralisi vaso-motorie, devono altresì variare le condizioni o relative alla crasi, o relative allo stato dei vasi. Rinnovando le osservazioni e le espe-

---

tuto lombardo di scienze e lettere nel 1879: ed in una memoria più estesa con una tavola, stampata nel *Bollettino scientifico*. — Pavia 1882. — Questa memoria fu riprodotta nelle sue parti principali dal Breslaner ärtzlichen Zeitschrift N. 9 1882.

rienze in proposito potranno essere rilevate circostanze che ora si ignorano.

Perchè deve avvenire notte tempo la paralisi vasomotoria nel rene?

Risponderò coi fatti dell'osservazione fisiologica e clinica:

1. Vi sono degli individui che dopo il riposo della notte hanno un senso di prostrazione maggiore di quello che provavano coricandosi. Alcuni sentono specialmente intorpidite le articolazioni, altri obeso il capo; questi presentano congestioni delle congiuntive bulbari, quelli invece un turgore succutaneo del volto ecc. Questo vuol dire che i fenomeni di minorata attività vaso-motoria variano per sede, per intensità a seconda degli individui.

2. Si danno alcuni i quali senza essere addirittura infermi, provano fenomeni per un certo tempo, i quali poi a poco a poco si dissipano. Così p. es. quando decombono per riposare, sentono calde le reni, sono addolorati ai lombi, desiderano il mattino perchè sanno che queste molestie cessano col moto, coll'azione, vale a dire quando si rieccita la funzione nervosa. Questi fenomeni possono intervenire ad una certa età e poi scomparire dopo più o meno lungo tempo. Il che significa che questi fenomeni di paresi vaso-motoria insoliti per la intensità sono legati a modificazioni passaggiere, fisiologiche, o patologiche: fisiologiche quando si tratta di persone che subiscono certi mutamenti della età; patologici quando dipendono da irregolari funzioni o dell'intestino, o del fegato, od altro.

Tra gli emorroidari medesimi, mentre non cambia nè la igiene della tavola, nè la funzione intestinale, hanno

delle sofferenze che si mostrano determinate direttamente dalla influenza nervosa; sofferenze che ora si localizzano alla regione delle emorroidi, ora in qualche altra parte e che nel determinarsi, come nel dissiparsi obbediscono all'azione del nervi. Per questo avviene che pur sempre rimanendo emorroidari, tali persone possono in seguito non avere alcun sentore delle emorroidi.

3. Vi sono individui che essendo in preda od a sintomi di nervosismo, od a quelli di una malatia epatica, od uterina, o prostatica, durante la notte vengono molestati da fenomeni singolari riflessi in questa o quella parte: io ricordo un emoftoe ed un'ematemesi mattutine, ricordo le oligurie notturne, i meteorismi parziali ecc. E questo vuol dire, che in ogni stato morboso, direttamente od indirettamente possono determinarsi delle paralisi nel sistema della innervazione motoria viscerale.

Se ora mettiamo insieme ciò che è inerente alla disposizione individuale, alla influenza delle modificazioni che subiscono gli individui per ragione di età, di malatia ecc., possiamo ammettere con grande probabilità, che quando p. es. si offre il caso della ematuria idiopatica - come è avvenuto in me stesso - la localizzazione del fenomeno nervoso abbia ragione in qualcuna, od in alcune delle circostanze fisio-patologiche surricordate; e che quando l'ematuria idiopatica si ripete per del tempo manifestandosi intermittente, si tratti di una condizione complessa nella quale ammetteremo 1. la trasformazione dell'organismo per il passaggio da una ad altra età, 2. l'influenza di una condizione morbosa che esagera, sposta nel tempo e localizza i fenomeni dei vaso-motori, che normalmente si effettuano durante il sonno.

Quale sarà ora questa influenza?

Io credo che il fatto morboso non sia nei vasi, nè nel rene, ma nel centro ganglionare, da dove vengono i nervi che dirigono l'azione dei vasi. Credo che si tratti di alterazione staminale nei centri ganglionari, quali si possono constatare quando, come nel caso nostro, si stabiliscono i primi indizi della vecchiaia; o quando, come avviene in individui giovani e in seguito a malatie esaurienti, nei medesimi centri nervosi si danno alterazioni nutritive nel tessuto linfatico interstiziale, d'altronde riparabili, come la patologia del simpatico insegna.

Se dopo tutto questo ci poniamo innanzi i casi di emorragia renale idiopatica acuta e cronica, intermittente o continua; casi dei quali ancora si discute la patogenesi circa la intermittenza ed il periodico accentuarsi, credo che le cose esposte possano almeno offrire buoni argomenti fisiologici per la loro interpretazione: — si comprende come avvenga l'ematuria detta idiopatica, si comprende come possa darsi un accesso d'emicrania accompagnata da ematuria e si comprende finalmente come possa determinarsi il periodo dell'ematuria. — Io credo pure che si possa fare la debita applicazione delle cose esposte anche per spiegare la intermittenza della emoglobinuria di alcuni casi, quando si facciano agire le altre cause di questa che si conoscono insieme coi fattori fisiologici di cui mi sono specialmente occupato.

La diagnosi dell'ematuria idiopatica si fa per esclusione. Tuttavia quando urina sanguinolenta non è accompagnata da albuminuria vera, ed il reperto microscopico

si limita alla constatazione di qualche epitelio renale, di qualche cilindroide oltre le emazie, si può sospettare con fondamento un' ematuria idiopatica. Ciò tanto più se il paziente non offre sintomi generali di nefrite, o d' altra alterazione anatomica del rene. Per quello che mi consta aggiungerei, che non solo mancano i sintomi generali d' una alterazione strutturale dell' organo renale, ma che si osserva quasi un contrasto fra lo stato generale, piuttosto buono e rassicurante, e l' ematuria. Ricordo un giovinetto il quale presentò questa forma di ematuria dopo avere superata la scarlattina. Si temeva giustamente che qui l'ematuria avrebbe segnata la insorgenza della nefrite; ma da un lato si rifletteva, che della scarlattina era perfettamente guarito, che sebbene avesse potuto darsi una nefrite inosservata, pure l' albuminuria vera mancava e d' altra parte il paziente non aveva sintomi generali nè locali della nefrite, anzi accusava benessere ed uno stato di assoluta indifferenza dell' organismo. Più tardi l' ematuria ricomparve, ma la si vide riprodursi più volte quando il paziente eccedeva negli esercizi corporali senza per altro manifestare una qualsiasi sofferenza. Questo caso mi ricordava quello che so di avere letto circa l'ematuria che può verificarsi dopo una marcia faticosa.

Ad ogni modo è prudente non affidarsi esclusivamente a questi indizi, ed è meglio sospendere il diagnostico fino a quando sieno escluse tutte le cause anatomiche possibili dell' ematuria.

Quanto alla cura, credo che non basti ricorrere ai medicamenti che si adoprano comunemente contro le emorragie; come credo che talvolta possa anche tralasciarsi

ogni cura. — Per es., io non ho fatto ricorso a verun rimedio per farmi cessare l'ematuria. Il caso di cui ho narrato la storia, mi dimostra la inutilità di tutti i rimedi per sei mesi di seguito; solo ultimamente parve giovasse l'estratto della fava del Calabar. In altri due casi dovetti convincermi, che la scomparsa dell'ematuria segnò un cambiamento avvenuto nelle condizioni generali dei pazienti; e nel giovinetto dianzi ricordato, visto che ogni cura non valeva ad impedire il rinnovarsi dell'ematuria, lo si lasciò a se, e l'ematuria intermittente scomparve per sempre.

Ciò nulla meno non si può sconsigliare ogni medicamento; ma facendo ricorso a quelli che hanno più sicura efficacia, bisogna contemporaneamente rivolgere l'attenzione ai momenti fisio-patologici che si sa essere capaci di cagionare l'ematuria. — Intanto prendere esatta cognizione degli organi addominali che possono indirettamente - per la via dei nervi - indurre quella stasi vaso-motoria della quale ho già fatto parola; ricordarci che questa può succedere a sovraeccitazioni organiche sia dello stomaco, sia del fegato, sia dell'utero; interrogare diligentemente le funzioni del sistema nervoso centrale e dei gangli; considerare lo stato generale della nutrizione e delle crasi.

Però, mentre si amministrerà contro l'emorragia l'ergotina, la fava del Calabar, la stricnina per iniezioni ipodermiche ai lombi, si potrà utilmente correggere o la funzione del tubo intestinale, o quella dell'utero, o quella del fegato, ricorrendo a rimedi eupeptici, od anti-isterici, o colagoghi; oppure si faranno semicupi, o bagni generali e, occorrendo, si amministreranno i ferruginosi e me-

glio ancora l'acqua arsenicale e ferruginosa di Roncegno. Sarà sempre opportuno influire, regolarizzare la innervazione generale procedendo secondo le indicazioni tratte da diligente esame fisiologico. Per mia esperienza l'estratto di Fava del Calabar è rimedio da preferirsi — agisce prontamente e dalla sua azione possiamo avere conforto per la diagnosi, in quanto che la sola ematuria idiopatica, che io sappia, cede all'uso del rimedio.

X.

Sulla malatia di Pott.

Sommario. — Importanza dell'esame fisiologico della colonna vertebrale ne' casi di sintomatologia equivoca. — Alcune cose intorno a questo esame. — Malatia di Pott clinicamente rappresentata da vaghi dolori e specialmente da crisi viscerali di gravezza quasi letale. — Ricordo sommario di altri casi che dimostrano l'utilità dell'esame fisiologico della colonna vertebrale. — Malatia di Pott a forma convulsiva epilettiforme. — A forma meningitica. — A forma ematurica. — Con manifestazioni di porpora emorragica alle estremità. — Interpretazione fisiologica de' fatti esposti.

Questa malatia, come è noto, non si presenta sempre con sintomi così evidenti da potersi riconoscere facilmente; anzi può dirsi che se in generale lo stadio suo iniziale passa inosservato, non rare volte decorre con parvenze che fanno sospettare altre malatie differenti.

Alcune mie osservazioni, che brevemente esporrò, dimostreranno quanto ho asserito.

1. Un signore venne a me accusando una colica nefritica, per la quale aveva subito varie cure, che non gli avevano portato alcun giovamento. – Pregato il paziente di esporre i suoi sintomi, in luogo della diagnosi che da altri era stata fatta, venni a sapere quanto segue:

Di genitori sani ma corpulenti: godette sempre buona salute; crebbe regolarmente addestrandosi alla ginnastica, alla cavallerizza, al nuoto. Viaggiò molto e tollerò bene

i diversi climi dei luoghi dove ha dimorato. A 17 anni riportò uno scolo blenorroico, il quale cedette presto alla cura dei balsamici. Pare che abbia avuto una pleurite a 20 anni. A 24 nel principio della state principiò ad avvertire un senso insolito di stanchezza alle membra inferiori, quindi fu consigliato ad usare della doccia fredda sulla colonna vertebrale e sulle gambe. Non migliorò durante la cura di 15, o 16 operazioni idroterapiche, conseguentemente la sospese. Il paziente poi afferma, che oltre il senso di stanchezza alle membra inferiori, veniva colto da dolori che si fecero mano mano più intensi e si esacerbavano ad accessi alla regione lombale. Si recò ad interrogare un altro medico; il quale volle esaminare le urine prima di esporre il proprio parere e pare, che in base al reperto uroscopico, giungesse alla diagnosi di una malatia renale. Venne prescritta una cura alcalina, lo joduro potassico e qualche altra pratica che non ricordo.

L'esame da me istituito mi condusse al seguente reperto: — Nutrizione generale buona, ma alquanto decaduta. Nulla di notevole al capo, al petto, all'addome. Il paziente non reggeva lungamente in piedi e mi pregò lo lasciassi sedere sentendosi tremare le ginnocchia ed un senso di bastonatura ai lombi. La sensibilità degli arti era normale, però erano più del normale facili e intensi i fenomeni riflessi cutanei e patellari. Il paziente aveva notato qualche diminuzione nella potenza sessuale ed a volte a volte qualche lentezza nella funzione vescicale. Se camminava, non sentiva la stanchezza come a rimanere su due piedi; ma camminando qualche volta, dice, avere barcollato come fa chi è preso dal vino. Io lo feci stare in piedi e camminare ad occhi chiusi e ri-

levai che non era capace di effettuare l'esercizio colla franchezza dei movimenti e colla sicurezza della coscienza come invece avviene comunemente nella persona sana. Il tronco era ben formato: ampie le spalle, diritta la colonna vertebrale. La pressione ai lati delle apofisi spinose non suscitava alcun dolore; percuotendo col pugno la colonna a ridosso delle apofisi spinose, quando si arrivava al livello della 8ª e della 9ª dorsali, il paziente accusava qualche molestia, non vero dolore. Lo pregai a flettere il tronco in tutti i sensi – anteriormente, posteriormente e lateralmente – ciò che poteva fare senza provocare dolore. Feci camminare il paziente con passo lesto, ordinandogli di sedersi, poi di alzarsi da sedere prima sulla sedia, poi sopra uno sgabello, poi a terra ed ho notato, che quando il paziente compie tutti questi movimenti con una tal quale lentezza, che io dirò istintiva, l'osservatore non sa afferrare veruna anomalia di funzione; all'incontro, *quando compie i detti movimenti con celerità, il paziente mostra un certo imbarazzo;* si vede che *istintivamente s'adopera per risparmiere il movimento della colonna vertebrale alla altezza della 8ª e 9ª vertebre dorsali.*

Dopo questi esperimenti mi feci il concetto della malatia, che annunciai al paziente, dicendogli che si trattava di malatia scheletrica e precisamente delle due vertebre suindicate. Ordinai che si sottomettesse alla cauterizzazione e ad altre pratiche ortopediche indicate, assicurando che avrebbe ottenuta la guarigione.

Ma il mio giudizio non venne accolto. Il paziente consultò altri che lo dichiararono in preda a fenomeni di esaurimento nervoso per abuso sessuale, a fenomeni

di mielite, di atassia locomotrice: venne sconsigliata la cura da me proposta e nuovamente indotto a praticare la doccia, che non potè continuare che per alcuni giorni. — Queste cose seppi dal paziente medesimo che tornò a consultarmi, quando venne avvertito da quelli di casa che il suo portamento non era più quello di prima e accennava ad incurvarsi nel la parte mediana del dorso. Oltre a ciò mi diceva, che i fenomeni di debolezza degli arti inferiori e degli organi sessuali e della vescica andavano via via diminuendo, che veniva a me non più a chiedere consiglio per questi, ma a compiere un atto di dovere col riferirmi che s'era convinto della mia diagnosi e disposto a fare quello che ancora era indicato.

Dopo diligente esame, trovai che il processo morboso era finito: null'altro rimaneva che tentare l'applicazione del corsetto dl Sayre, ciò che non venne fatto, perchè cessarono completamente i fenomeni del sistema nervoso spinale.

Se ora consideriamo il caso, possiamo dire:

1. che i fenomeni nervosi accusati dal paziente erano determinati dalla malatia scheletrica.

2. che non erano per se stessi di tale significazione diagnostica da suggerire il concetto della malatia in corso;

3. che questa potè essere riconosciuta dietro l'esame fisiologico dei movimenti della colonna vertebrale;

4. conseguentemente che questo esame fisiologico, quando mancano sintomi più caratteristici della malatia, può indirizzare alla diagnosi.

2. Un altro signore aveva consultati medici distinti per dolori lombari, che vennero giudicati per miositi lom-

bari; poi, essendo limitati i dolori da un lato, per neuralgia lombale. Anche qui vennero esperite tutte le cure che si preconizzano contro i reumatismi e le nevralgie reumatiche, i fomenti, le pomate d'ogni genere, le doccie, i bagni termali, quelli di Roncegno. Io lo vidi a Roncegno e sottoposto il paziente anche all'esame fisiologico della colonna vertebrale, emisi il parere che si trattava di malatia scheletrica, la quale successivamente venne riconosciuta pure da insigne collega all'estero e coi mezzi opportuni curata.

Per lunghi mesi si trascinò latente questa malatia, simulando la miosite e la nevralgia lombale. Ma io ho la ferma convinzione che avrebbe potuto essere riconosciuto molto tempo prima mediante l'esame fisiologico della colonna vertebrale.

Questo esame, per essere fatto convenientemente, non deve limitarsi alla ispezione della colonna vertebrale per constatarne la dirittura, alla pressione ed alla percussione per constatarne l'addolorabilità. Si danno casi nei quali la malatia sussiste, sebbene manchino interamente i sintomi che si sogliono ricercare coi mezzi suindicati. — Dall'altra parte in altri casi di diagnosi incerta, può riscontrarsi la deviazione della colonna in qualche punto ed anche l'addolorabilità e non per questo si può concludere che esista la malatia di Pott. Mi avvenne di constatare ciò in individui nei quali era decorsa la pleurite essudativa p. es. e nei quali osservava incurvata la colonna colla concavità dal lato della pleurite e dolente nel punto dove era maggiore la sporgenza scheletrica.

L'esame fisiologico della colonna vertebrale non si li-

mita a questi fatti e va in traccia di altri, che per essere bene compresi richiedono alcuni ricordi fisiologici.

L'atteggiamento del nostro corpo è subordinato all'equilibrio del corpo medesimo; il quale equilibrio è instabile ed alla sua volta dipende da condizioni meccaniche, per cui la verticale del centro di gravità deve cadere entro l'area della base di sostegno.

Se il nostro corpo fosse d'un pezzo, rigido, il mantenimento dell'equilibrio sarebbe funzione molto più semplice. Invece per essere composto di parti, occorre un meccanismo complesso, secondo il quale sia possibile atteggiare le parti in modo che rispondano alla legge dell'equilibrio. — Ed è considerando la colonna vertebrale nei momenti ne' quali esercita la propria funzione per il mantenimento dell'equilibrio, che può essere rilevato un difetto di funzione in qualche parte di essa, che per tal modo offre un segno della malatia vertebrale.

Il centro di gravità del nostro corpo risiede in un piano perpendicolare all'asse, che dividerebbe il corpo dell'ultima vertebra lombare.

Molte circostanze fanno spostare il centro di gravità, p. es. la gravidanza, l'ascite, una straordinaria replezione dello stomaco; ma a noi interessa oltre ciò rammentare lo spostamento che ha luogo per l'incesso, onde rilevare ciò che ci offre la colonna vertebrale ed in generale l'atteggiamento del corpo.

Quando l'uomo cammina sopra un piano orizzontale, lo spostamento del centro di gravità si decompone in tre movimenti così:

in linea retta:
sulla verticale:

sulla laterale.

Il primo è misurato della lunghezza del passo; – il secondo che è di circa tre centimetri, si effettua tra l'estremo più alto e l'estremo più basso; — il terzo si effettua da destra a sinistra e viceversa, ad ogni movere di passo, dovendo necessariamente il corpo appoggiare ora sulla gamba destra, ora sulla sinistra.

Come è naturale, l'atteggiamento del corpo si uniforma agli spostamenti del centro di gravità, non che alla funzione della colonna vertebrale che concorre al mantenimento dell'equilibrio. – Ogni elemento vertebrale è in equilibrio sopra il relativo disco elastico, essendo impedito lo spostamento all'indietro di ogni vertebra dalla resistenza dei legamenti gialli, dal legamento vertebrale comune posteriore, non che dai legamenti interspinosi e sopraspinosi; ed è molto limitato all'avanti dal legamento vertebrale comune anteriore. La cassa toracica fornisce larga base d'inserzione a vaste e forti aponeurosi ed a muscoli potenti, la cui elasticità basta a limitare i movimenti del tronco prendendo punto d'appoggio sul bacino.

Ciò posto, si comprende, come la colonna intiera tenda all'indietro quando p. es. elevando le braccia si porta in avanti il centro di gravità; come s'incurvi il dorso quando la testa viene inclinata; come la colonna vertebrale in generale si pieghi in senso inverso allo spostamento del centro di gravità determinato dalla gravidanza, dalla imposizione di pesi sul dorso, sul capo, sulle spalle, sull'anche.

Conseguentemente se si osserva diligentemente la funzione delle parti molli, cui è destinato un particolare ufficio meccanico sulla colonna vertebrale per atteggiarla

e mantenerla, se occorre, un dato tempo in quell' atteggiamento funzionale richiesto dalle leggi dell' equilibrio, arriveremo a constatare fatti importanti che si riferiscono:

1. alla difficoltà nell'effettuare un dato equilibrio;

2. alla minore resistenza nel perdurare in quella forma di equilibrio;

3. alla istintiva tendenza del paziente a risparmiare alcune parti della colonna vertebrale - e sono quelle offese - dall'esercizio funzionale;

4. alla deficienza di attività di alcune parti — i muscoli - che possono già essere in preda ad astenia od anche a lieve, o lievissima, paresi, in un punto od in altro della colonna vertebrale, a seconda che varia la sede della lesione:

5. ad uno speciale atteggiamento della persona che è l'espressione sommaria di tutti i precedenti fattori, che entreranno in azione in diversa misura secondo i casi.

Per questo si nota, che quando si esagera una curva della colonna vertebrale, le curve opposte si esagerano in senso inverso: p. es. se la porzione dorsale esagera la sua convessità posteriore, si esagererà necessariamente la concavità posteriore della regione cervicale e lombale, onde mantenere il capo sulla direzione della verticale del corpo; per cifosi della porzione cervicale si vede atteggiarsi a lordosi la regione lombale.

Dunque allorquando si hanno motivi d'investigare la colonna vertebrale per riscontrare sintomi della malatia di Pott latente, noi studieremo e spiegheremo fisiologicamente l'atteggiamento del corpo, i diversi esercizi d'equilibrio del corpo, la resistenza dell'individuo a mantenere lungamente quelle varie forme di equilibrio, il modo

di funzionare dei muscoli che servono alla meccanica della colonna vertebrale; e quando avremo in modo preciso determinato la lesione funzionale della colonna in qualche sua parte, avremo gettato le basi della diagnosi della malatia scheletrica latente.

Dopo questo esame acquisteranno maggiore significazione altri sintomi che isolatamente presi hanno un valore equivoco. Per es. un certo grado di lassezza delle membra, qualche addolorabilità qua o colà sul tronco fugace e di poco momento, qualche sensazione che il paziente accusa in modo incerto alla pressione ed alla percussione della colonna vertebrale.

Ed in proposito della pressione sulla colonna vertebrale devo consigliare una pratica nella quale ho riposto la mia confidenza in seguito a bene accertate osservazioni cliniche. — In alcuni casi, quando proprio pendeva incerto il mio giudizio stando ai risultati della pressione esercitata ai lati e sulla apofisi spinose, trassi argomento per più sicuro giudizio agendo con ambo le mani applicate sulle regioni renali, come in atto di palpare i reni, ma spingendo le mani verso la linea mediana e propulsando colle estremità delle dita la porzione anteriore delle vertebre.

È vero che questa manovra non può eseguirsi facilmente che sul tratto di colonna vertebrale che sta al disotto del costato; tuttavia ne' casi di malatia di questo tratto, la detta manovra corrisponde allo scopo e ogni volta sia praticata convenientemente ed esista una lesione vertebrale, verrà suscitato un dolore che farà trasalire il paziente, che rimaneva indifferente sotto l'influenza de' maneggi che si praticano sulla parte posteriore della colonna.

A comprovare ulteriormente la importanza delle cose suesposte intorno al metodo dell' esame da istituirsi sulla colonna vertebrale narrerò di alcuni casi brevemente, avvertendo fin d' ora che torneranno istruttivi anche per la specialità della sintomatologia.

3. Venne accolta nella mia clinica medica una giovine sposa per dolore ischialgico, contro il quale vennero indarno praticate alcune cure interne ed esterne.

Il dolore risiedeva lungo l' arto sinistro, dove si potevano constatare i soliti punti dolorosi, le alternative dell' accesso doloroso coi lucidi intervalli e di più una debolezza dell' arto per cui la paziente non era in caso di tenersi lungamente in piedi, nè di passeggiare. Qualche volta, stando ai detti dell' ammalata, si sarebbero fatte sentire delle fitte dolorose anche dal lato opposto.

Oltre questi sintomi nulla di notevole. — La paziente eseguiva i movimenti della persona apparentemente con perfetta regolarità, giudicandola quando si alzava di letto ne' momenti di calma del dolore.

La troppo frequente comparsa di dolori, sebbene assai lievi, anche all' arto destro ed in altri punti del torace e dell' addome, tenne sospeso il mio giudizio, parendomi che a questo modo si rendesse probabile la diagnosi di una forma latente di malatia di Pott, quale venne già da altri descritta (Ioffroy) e pertanto anche per istituire un esperimento terapeutico, prescrissi che venissero praticate le cauterizzazioni trascorrenti ai lati della porzione lombale della colonna vertebrale.

Ma dal rimedio non si ottenne ombra di miglioramento.

Passò qualche tempo di assoluta stazionarietà dei sintomi, quindi la paziente presentò altri fenomeni singo-

lari: – una dispepsia insolita, colla quale parve scemassero i dolori; poi tossicola, denutrizione, pallore e febre. – Coll'esame del petto si constatò iperemia dell'apice polmonale sinistro e catarro delle ultime vie bronchiali. In seguito dolore lungo il 7° spazio intercostale di sinistra, e ottusità e sfregamento pleurico sul terzo inferiore del torace.

Dopo alcuni giorni si dissipava completamente la sintomatologia dell'apice polmonale sinistro; persisteva, sebbene minorata, la pleurite; ma si presentò una forma di colica intestinale di straordinaria intensità, che mediante il bagno tiepido e qualche anòdino, in breve cessò.

Più tardi venne in scena il vomito che continuò a ripetersi ogni giorno tre, o quattro volte; vomito accompagnato da crampi dolorosi del ventricolo e interpolatamente da coliche spasmodiche dell'intestino incalzanti, esaurienti sì che un giorno la paziente pareva ridotta agli estremi di vita.

La materia del vomito erano resti di cibo con e senza bile frammista. — Le materie evacuate dall'ano erano figurate, scarse, accompagnate da muco. — Le urine erano più o meno abbondanti, coi caratteri delle urine anemiche.

Di fronte a questa strana e minacciosa sintomatologia, mentre più non reggeva il concetto di una forma d'ischialgia annunciata dalla paziente, acquistava maggiore fondamento l'idea prima che m'aveva inspirato all'applicazione della ustione ai lati della colonna vertebrale. È vero che la venne praticata senza risultati, positivi, ma d'altra parte, non potendo in veruna guisa comprendere la sintomatologia considerata in rapporto con le possibili affezioni del tubo intestinale, credetti procedere secondo

il criterio della verosimiglianza tenendo tutti i sintomi indicati come manifestazione di crisi nervose, subordinate ad uno stato irritativo del centro spinale, secondario alla malatia delle vertebre sin da principio sospettata.

In balia a questi pensieri, ho pregato l'inferma di volere discendere dal letto possibilmente senza dell' aiuto altrui; ed allora ho notato, che durante i movimenti complessi della persona, quando la colonna vertebrale deve in un dato modo atteggiarsi per favorire l' equilibrio, la paziente era dall' istinto portata a mantenere immobile la porzione dorso-lombale della colonna vertebrale. Questa però aveva forma e direzione normali, ed alla percussione ed alla pressione praticata come si usa comunemente, appena appena poteva suscitarsi qualche sensazione molesta; quando invece la serrai fra le mani eseguendo la indicata manovra sulla porzione anulare delle vertebre, la paziente dava indizi di vivissimo dolore tanto che ci pregava di non volere ripetere questo mezzo di esplorazione.

L'inferma aveva perduto ogni vigoria fra i vomiti incessanti ed i frequenti accessi di colica che ormai non erano più mitigati della medicazione che diligentemente ripetevasi. Per essere rassicurato nel mio concetto diagnostico rifeci l' esame di tutte le cavità, passai in rivista tutti i visceri, tutte le secrezioni, ma dovetti escludere ogni malatia viscerale e conclusi trattrasi di malatia di Pott.

Ordinai i punti di fuoco profondi ai lati della colonna vertebrale a livello de' luoghi dove era suscitato il dolore alla pressione sulla porzione anulare delle vertebre e mediante questa cura cessarono d' incanto tutti i fenomeni surricordati. Ordinai pure che la paziente giacesse

sopra un piano orizzontale e vi rimanesse immobile quanto era possibile. Cessato il vomito, cessate le coliche, l'inferma riebbe l'appetito, principiò a digerire alacremente, non più febre, non più dolori vaghi come prima: come era in breve tempo arrivata al massimo deperimento nutritivo, in più breve tempo riacquistò lo stato primiero della nutrizione.

Rifacendo l'esame mentre ancora gemevano le piaghe prodotte dal platino rovente, ci accorgemmo che la porzione lombale, meglio, che le prime vertebre lombali s'erano fatte sporgenti. Era cessato il vivissimo dolore dei corpi vertebrali, che si potevano propulsare con tutta la forza senza che la paziente si dolesse. Studiai nuovamente i movimenti della colonna vertebrale e constatai che quando la paziente inclinava il tronco in avanti, provava dolore anche alla parte inferiore della porzione dorsale della colonna; che quando camminava, si sedeva in basso e si alzava, la paziente destreggiava in modo che la colonna vertebrale rimanesse rigida nella suaccennata regione.

Ripetei l'applicazione dei punti di fuoco, e appena se ne ebbe la cicatrizzazione, si mantenne il tronco della paziente nel busto gessato per impedire ulteriori sconci della colonna vertebrale.

Da quanto ho narrato risulta:

1. che il sospetto di malatia di Pott provenne dall'avere osservato il modo di funzionare della colonna vertebrale fin dal principio della malatia.

2. che questo sospetto si mutò in certezza, quando, malgrado la singolare, anomala sintomatologia, si constatò l'addolorabilità della vertebra esplorata sulla parte anulare.

3. Che prima assai che si manifestassero segni ca-

ratteristici di lesione vertebrale nell'alterazione della forma scheletrica, campeggiò una sintomatologia che può indicarsi col nome di *crisi viscerali.*

La paziente è uscita dalla clinica tuttavia protetta dal corsetto gessato, ma in condizioni di florida nutrizione.

Potrei addurre altri esempi di diagnosi di malatia di Pott fatta in base all'esame fisiologico della colonna vertebrale; ma per non dilungarmi inutilmente e per dare maggiore estensione ad altre storie sott'altro riguardo importanti, mi limiterò a dire in modo sommario quello che ho raccolto collo studio dei casi che mi occorsero.

Ho veduto individui che erano curati per affezione lenta delle pleure, essere contemporaneamente e successivamente colti da fenomeni di malatia di Pott, ignorata forse, perchè la precedenza e la coesistenza dei sintomi pleurici mascherava i sintomi della malatia vertebrale. Riconosciuta questa mediante l'esame fisiologico della colonna e praticata la cura delle ustioni, vidi semplificarsi la sintomatologia ed anche totalmente scomparire.

Ho pure veduto alcuni essere curati da lungo tempo per nevralgie, o bracchiali, o intercostali, senza conseguire l'effetto della guarigione; essere poi diagnosticati dietro diligentissimo esame e curati col solito mezzo e finalmente guariti mettendo in disparte tutti i rimedi antinevralgici. Tra questi casi rammento un uomo al quale lasciai per iscritto la diagnosi e la cura, perchè fosse curato a domicilio dal proprio medico; ma questi rifiutò il parere diagnostico ed il consiglio curativo dicendo, che la malatia delle vertebre ha ben altra maniera di pre-

sentarsi. Però più tardi intervennero sintomi più gravi, la paraplegia, la cistite, la morte.

La necessità di un esame un po' più capace di riconoscere fatti morbosi relativi alla colonna vertebrale è dimostrata appunto da quei casi nei quali la malatia per circostanze speciali veste una forma eccezionale, non produce nè quelle nevralgie che circuiscono il tronco, nè le note forme paretiche o paralitiche, nè le deviazioni della colonna. È poi dimostrata eziandio dal fatto che mediante la cura più efficace intrapresa per tempo, si può impedire con maggiore probabilità il progresso della malatia, o limitarne le conseguenze.

Un giovanetto di quindici anni dopo una lunga serie di malanni, tutti riferibili all' apparecchio respiratorio, — tosse, escreato muco purulento, febri erratiche, dimagramento notevole - venne presentato a me perchè indicassi il migliore metodo curativo. In seguito all' esame, diagnosticai la bronco-alveolite disseminata e la malatia di Pott. — Anche in questa occasione mi vennero fatte le solite obbiezioni: il paziente non ha mai avuto dolori lungo la colonna vertebrale, questa è diritta, indolente, mobile. Ma l' obbiezione quando eravamo al *mobile*, perdeva ogni consistenza: - tutto il resto era vero, non era vero che fosse mobile la colonna vertebrale come normalmente si osserva. Bastava invitare il paziente ad inclinare il capo in avanti per constatare una certa limitazione di questo movimento; invitarlo ad elevare le braccia, per rilevare con quanta precauzione eseguiva questo esercizio; ordinargli di voltarsi a destra ed a sinistra torcendo il tronco, per notare che questo movimento gli riusciva incompleto e penoso. — Dopo circa due mesi si

videro amendue le scapole essere come sospinte da una raccolta che si fermava sotto di esse e che venne riconosciuta per una raccolta purulenta — un ascesso freddo.

Ricorderò sommariamente un'altro caso interessantissimo del quale ho presenziato la sezione. — Una donna presentava fenomeni all'apice del polmone destro, che vennero lungamente studiati da medici colti e intelligenti e che si disputarono valorosamente la diagnosi, inclinando l'uno ad ammettere un aneurisma dell'aorta, l'altro il cancro del polmone. Amendue rilevavano i fenomeni di paralisi del simpatico cervicale di destra e li spiegavano per mezzo della compressione che avrebbe l'aneurisma esercita sulle parti molli alterandone la circolazione, secondo l'uno; secondo l'altro per l'infiltrazione secondaria delle glandole cervicali. All'apertura del cadavere si vide che nella sede del supposto aneurisma e del supposto cancro, seguendo il tragitto della marcia, si pervenne alla colonna vertebrale, dove si trovarono fusi completamente i corpi dell'ultime vertebre cervicali. - Mancarono affatto i sintomi che si attribuiscono al male di Pott della regione cervicale: i pochi fenomeni dolorosi e di impedimento motorio presentati dalla paziente erano mascherati dal predominio dei fenomeni del torace che in modo secondario si produssero, quando il pus, emigrando fra i muscoli del collo, si postava in basso e in avanti.

4.° Degeva nell'ospitale di Castelfranco veneto un ragazzo dell'età di poco più che 14 anni, per una forma convulsiva schiettamente epilettica. Dopo molte cure interne non migliorava, anzi pareva si aggravasse renden-

dosi più frequente; per la qual cosa venne affidato il paziente alle mie cure e perciò tradotto nella mia Clinica.

Il ragazzo presentava uno sviluppo scheletrico sufficiente rispetto alla età ed anche bene proporzionato. Aveva aspetto pallido, ricco di pannicolo adiposo; le mucose non erano pallide come il viso. All'esame del petto e dell'addome non si constatarono fatti meritevoli di menzione relativi ai visceri. Impressionò invece una condizione generale, una specie d'erettismo nervoso, per cui il paziente era sensibilissimo al tocco della cute, era addolorato dai movimenti che gli si facevano eseguire per compiere l'esame; per altro si poteva mettere a sedere e rimanere in questa posizione senza dolore, nè molestia alcuna. In questa posizione si reggeva in perfetto equilibrio; la colonna vertebrale diritta, indolente, o meglio diffusamente sensibile alla pressione. Per determinare più esattamente la normalità della funzione della colonna vertebrale, facemmo discendere il paziente dal letto e constatammo che i movimenti delle estremità inferiori erano impacciati, perchè difettava alquanto la forza muscolare, perchè le masse muscolari erano in istato di spasmo funzionale. Pareva ci stesse innanzi un caso di paralisi spastica incipiente. Non ci accorgemmo, malgrado la più attenta osservazione, che in qualche modo la colonna vertebrale si atteggiasse in guisa differente dal normale. — Rimesso in letto il paziente, le musculature si rilasciarono ma non completamente. — Avevasi esagerato il riflesso patellare di ambo i lati e si determinava il fenomeno del piede in modo evidentissimo.

I ricordi anamnestici non offrivano speciale interesse, meno per il fatto, asserto e non dimostrato, che nella

famiglia del paziente erano tutti sani, che nel paziente non erano preceduti avvenimenti morbosi che avessero qualche rapporto colle condizioni attuali, e che la forma convulsiva erasi presentata durante lo stato di benessere.

In questo caso, a dir vero, malgrado si istituisse diligente esame della colonna vertebrale, non ne traemmo criteri diagnostici positivi. Per altro ci sorprese il fatto seguente: — il ragazzo diceva che delle braccia si sentiva libero e lo mostrava potendo compiere tutti i movimenti che voleva liberamente, mentre sentiva come allacciate le estremità inferiori. Dietro questo fatto istituivasi un rigoroso esame della sensibilità generale e dei riflessi cutanei e constatavasi: iperestesia nelle estremità inferiori, al ventre e sul torace sino alla altezza della quinta costa a destra ed a sinistra; i riflessi cutanei per altrettanta estensione esagerati. Dalla quinta costa in su, alle braccia, al collo, alla faccia tutto era normale. Non si vedevano nè assimetria del volto, nè irregolarità funzionali, nè anomalie dalla sensibilità generale, nè di quella specifica. Il sensorio era libero affatto negli intervalli che si avevano tra gli accessi convulsivi.

A questo punto era necessario constatare la forma convulsiva, la quale era stata dichiarata epilettica, ma che per motivi che tutti comprendono, poteva offrire qualche utile criterio per la diagnosi. Pertanto, stando alle risultanze dell'esame, si poteva concludere in modo affatto generico, trattarsi di una forma di paraparesi spastica e di convulsioni forse epilettiformi.

Il giorno seguente ho potuto presenziare un accesso convulsivo, che merita di essere descritto. — Il paziente, mentre giace supino, ha una sensazione dolorosa che

muove dal dorso fra le scapole e rapidissima trascorre per ambedue i lati del torace lungo le braccia, le quali si estendono spasmodicamente; insieme una sensazione di doloroso stiramento muscolare dello stesso punto dorsale s'innalza alla cervice. Il paziente dopo questa prima fase spasmodica diventa rosso in viso, e va in preda a sussulti muscolari che ritmicamente scuotono tutto il corpo. Le pupille si dilatano, i bulbi oculari vengono rivolti ora a destra, ora a sinistra e si contraggono spasmodicamente ora i muscoli mimici di destra ora quelli di sinistra. Durante questa seconda fase il paziente non ha interamente perduta la coscienza, ma se la convulsione dura lungamente, quando cessa, si osserva il fenomeno del sopore, che a poco a poco si dissipa.

Interrogato l'infermo se serba memoria di ciò che avviene durante l'accesso, dichiara, che egli si accorge quando gli viene il male, che non risponde perchè non può, ma sente e vede; però qualche volta s'accorge che ad un certo punto perde anche la coscienza.

L'accesso convulsivo si ripeteva alcune volte nella giornata con diversa intensità ma sempre riproducendo gli stessi fenomeni iniziali, che a me parve acquistassero un valore particolare. Tanto che volli di bel nuovo rifare l'esame della colonna vertebrale, dirigendomi immediatamente alla porzione dorsale, fra le due scapole, dove il paziente indicava il punto di partenza dell'aura dolorosa surricordata.

La pressione sulle apofisi spinose e sulle trasverse non dava risultati soddisfacenti; la percussione fatta col pugno sull'apofisi spinose parve suscitasse qualche dolore sulla 4 e 5 vertebra dorsale; ma non posso negare che

anche più in alto, come più in basso, non venisse suscitato eguale dolore mediante la stessa manovra. Tuttavia il modo di reagire del paziente quando si praticava la pressione sulla 4 e 5 dorsali, era più risentito.

Molte volte avviene, che in luogo di tenere buoni i giudizi degli infermi conviene valutare il loro modo di reagire automatico. Questa volta ho creduto di regolarmi secondo questo precetto, quindi dichiarai che i fenomeni nervosi che offriva il paziente, dovevano ritenersi effetto di irritazione spinale prodotta dalla malatia di Pott latente – latente perchè mancavano i soliti indizi della deformità scheletrica.

Dietro questi pensieri ordinai che venissero applicati quattro punti di ustione, piuttosto profondi di qua e di là ai lati della colonna vertebrale in corrispondenza della 4 e 5 vertebra dorsale.

Dal giorno nel quale vennero praticate le cauterizzazioni, gli accessi convulsivi scemarono rapidamente d'intensità e cessarono poi affatto. Vennero meno tutti i fenomeni irritativi spinali, quindi tutti i sintomi corrispondenti degli arti inferiori. Si ordinò al paziente di decombere sempre sul dorso, immobile, su piano orizzontale e quando venne tolta definitivamente la medicazione, notammo una sporgenza, che prima non era, delle apofisi spinose delle vertebre dorsali suaccennate. Era scomparsa ogni molestia; il paziente poteva alzarsi, camminare ed effettuare tutti i movimenti del corpo senza provare il minimo impedimento, la più piccola sensazione molesta. Avendo anche migliorato assai nella nutrizione ed acquistato un aspetto promettente, fu preso a servizio da un venditore di generi di privativa, che contemporaneamente

guariva d'una gravissima affezione di fegato, della quale ho fatto menzione in altro luogo di questi commentari.

È mio convincimento che la sintomatologia di ogni malatia può offrire delle varietà che stanno in rapporto non solo cogli accidenti anatomici della malatia stessa, ma anche colle suscettibilità fisiologiche dell'individuo. Per questo vediamo non rare volte che, mentre sono quasi punto riconoscibili i sintomi propri della malatia, sono invece pronunciatissimi quelli che sono somministrati dalla speciale attitudine fisiologica del paziente.

Nel caso ora esposto avevamo una condizione di cose di questo genere. Da una parte incertissimi i segni morbosi del male vertebrale, dall'altra i fatti spasmodici, che ne erano dipendenti, così estesi e singolari, che può giustificarsi fino ad un certo punto, se per non breve tempo la malatia rimase sconosciuta. – Campeggiava la convulsione epilettiforme, la quale suole attribuirsi od a malatia cerebrale, od a nevrosi. Vennero poscia in campo i fenomeni spasmodici delle estremità e questi, se fossero stati soli, senza l'accompagnamento della forma convulsiva, avrebbero forse con maggiore facilità fatta scorgere la loro origine spinale, perchè il modo loro di presentarsi può dirsi quasi caratteristico della malatia di Pott. Bisogna avere presente quello che ho dianzi notato, che qualche volta, cioè, i fenomeni secondari della malatia prendono un predominio eccezionale. Dietro questo pensiero tentai scoprire nella forma convulsiva ciò che poteva svelare la sua origine; e, dato che i sintomi spastici spinali avessero una determinata estensione – fino al livello della 4.ª costa – sorprendere qualche fenomeno che stesse in relazione col

punto del midollo spinale, dove veniva effettuata la irritazione morbosa.

Ed in proposito mi impressionò il fatto dell'aura, che partiva dalla 4.ª e 5.ª vertebra dorsale, come fu detto, e ravvisai nella convulsione epilettiforme una origine riflessa: ricalcai l'esame della colonna e più esattamente constatai la sua addolorabilità nel punto indicato, mi parve quindi fossero allora chiaramente rivelati i fondamentali criteri diagnostici per cui mi sono determinato alla cura della quale vedemmo l'esito felicissimo.

Doveva io forse sospettare una malatia cerebrale, quando la stessa forma convulsiva mi offriva i caratteri delle convulsioni riflesse? — Doveva pensare alla nevrosi, alla istero-epilessia maschile quando i sintomi delle estremità erano palesamente prodotti da irritazione spinale? — Mi pare che il nodo della questione stesse nel concepire la possibilità della manifestazione epilettiforme, quale fenomeno di irritazione spinale, per quanto cronologicamente e per la intensità vestisse il carattere e la importanza di un sintomo fondamentale. Ed a concepire questa possibilità mi condusse l'ipotesi fisiologica: — l'ipotesi che la forma convulsiva, mentre parevami d'origine riflessa, indicasse, non tanto la intensa e grave irritazione spinale, quanto la strana irritabilità nervosa del paziente.

Il medico è costretto a fare di queste ipotesi tutte le volte che si trova di fronte a casi eccezionali. Tutto sta a ideare l'ipotesi che armonizzi colle nozioni positive della fisiologia e della patologia.

Qualcuno vorrá chiedermi perchè non ho pensato alla possibilità d'un tumore del midollo e delle sue meningi. — Rispondo: che le alterazioni della sensibilità distribuite

egualmente su amendue i lati e la contemporanea mancanza di vere forme nevralgiche, manifestantisi coi movimenti della persona, parlavano contro l'ipotesi di tumori extra-spinali; – che la diagnosi di tumori intra-midollari viene sospettata nel caso di fenomeni di mielite unilaterale; — che l'età del paziente era più disposta alla carie delle vertebre.

Ed ora credo di chiudere la narrazione di questo caso:

1. notando come *il male di Pott possa vestire eccezionalmente una forma convulsiva epilettiforme*, la quale può precedere, od accompagnare, le prime manifestazioni spasmodiche proprie alla malatia. — Ho detto precedere, od accompagnare, perchè se la storia del caso fa constare la precedenza delle convulsioni, pure non possiamo assolutamente escludere, che anche prima di queste esistessero fenomeni spasmodici lievissimi alle estremità, inavvertiti, come può avvenire giusta quanto in proposito opina anche *Charcot;* avendosi in questi casi piuttosto un certo aumento della tonicità muscolare in luogo di un vero stato spasmodico, che si manifesterà soltanto allora che la malatia s'è palesata con fatti anatomici caratteristici.

2. che, per quanto io sappia, la forma convulsiva da me descritta non figura tra quelle registrate dagli Autori che trattarono del male di Pott; che è molto rara; il contrario della forma dolorosa, o nevralgica, la quale è frequentissima come forma latente della malatia.

3. che la convulsione epilettiforme presentata dall'infermo è da tenersi d'origine riflessa; e forse, *tanto per la specie dell'aura, quanto per la incompleta perdita della coscienza, quanto per i fenomeni spasmodici spi-*

nali da cui era accompagnata, va ricordata come indizio utile alla diagnosi. – L'aura partirebbe dal luogo dove risiede la causa della irritazione spinale.

Aveva scritte queste pagine quando venne accolto nella mia clinica un ammalato che, come il precedente, viene in appoggio di questi concetti, che del resto ebbi occasione di applicare utilmente anche in pratica privata, presso qualche infermo oggetto di severe dispute diagnostiche.

Savagnago Girolamo contadino di anni 38 era sofferente da due anni per disturbi nervosi, dei quali faceva una storia molto confusa, tanto che sarebbe stato giudicato un pellagroso se la esigenza di un esame obbiettivo non avesse fatto rilevare guaj anche peggiori.

Lascierò da parte tutto quello che non ha per noi interesse speciale: nulla quindi della pellagra di cui aveva i segni caratteristici alla cute; nulla pure di certe parvenze nervose, che l'ammalato confusamente intrecciava con altre, delle quali dirò brevemente.

Egli ha cominciato ad avvertire un certo tremore all'arto inferiore sinistro, che si manifestava quando esercitava l'arte e talvolta anche quando rimaneva coricato. Col tremore pare notasse anche qualche irrigidimento tratto tratto insieme a sensazione dolorosa indefinita trascorrente lungo l'arto medesimo, che partiva dal lato sinistro del tronco al livello delle ultime coste. Questi fenomeni andarono lentamente crescendo e si estesero, in modo però assai mite, anche all'arto destro. Pare che alcune volte abbiano avuto un incremento straordinario, quasi in forma di accesso, per cui si sarebbero estesi a tutto il corpo, generando – come dice il paziente – una

convulsione. Io credeva che si trattasse nè più nè meno che di fenomeni nervosi indifferenti quali sogliono darsi nei pellagrosi; ma fatto alzare il paziente e camminare, osservai, che realmente la gamba sinistra durante alcuni movimenti era presa da tremore, che durante l'incesso rimaneva quasi in forzata estensione, sì che il piede strisciava sul suolo quando veniva portata avanti. La gamba destra pareva funzionasse normalmente; per altro l'infermo diceva, che non se la sentiva sana, che era debole, ed essa stessa un po' irrigidita, sebbene assai meno della sinistra. — Il paziente non poteva affrettare il passo, e portava il tronco con tale precauzione, come se intendesse evitarne le più piccole oscillazioni. La colonna vertebrale era diritta e apparentemente normale. Facendo eseguire al paziente la flessione del tronco in avanti accusava dolore alla regione lombare; altrettanto se gli si ordinava di fletterla lateralmente, di sedersi e di alzarsi senza l'aiuto di verun appoggio, nemmeno quello delle mani. Quando si alzava, il paziente evitava di inclinare avanti il tronco nell'atto di sollevare le natiche dal sedile, ma si sforzava di effettuare questa mossa mantenendo immobile la porzione lombale della colonna. Sulla quale la pressione e la percussione metodicamente esercitate provocavano dolore. Ordinato al paziente di coricarsi senza l'aiuto dell'infermiere, vi riusciva anche prestamente, ma facendo vedere che istintivamente risparmiava il movimento dell'indicata porzione della colonna.

Quando fu coricato, mi fece avvertire che provava più forte il dolore alla parte sinistra del tronco, seguendo il decorso del 6°, 7°, 8° e 9° spazio intercostale, non che lo stiramento lungo l'arto inferiore sinistro. Tratto

tratto provava altrettanto anche lungo il destro. Nel riferirci queste cose nuovamente accennava alla convulsione da cui era stato preso altre volte, ma che non era da noi stata per anco considerata, perchè credevamo che il paziente esagerasse il racconto. Intanto per ultimare l'esame sulla colonna vertebrale ci rimaneva di fare la pressione sulla porzione anteriore delle vertebre come ho indicato precedentemente e constatammo la presenza del dolore in luogo. — Appena accennava a fenomeni riflessi esagerati degli arti inferiori.

Dopo queste ricerche diagnosticai: *male di Pott latente con secondari sintomi d'irritazione spinale in individuo pellagroso.*

Il giorno successivo a quella diagnosi si seppe dall'infermiere di guardia che il paziente aveva avuta una convulsione, che descrisse in modo da farci sospettare si trattasse di una convulsione epilettiforme. E non mi ingannai stando al seguente racconto fattomi dall'assistente dott. Lussana, diligentissimo nell'osservare quanto fedele nel narrare le cose osservate. — Il paziente avverte l'avvicinarsi dell'accesso, perchè sente farsi acuto il dolore che circuisce il torace sinistro e si diffonde prima e più intenso lungo l'arto sinistro inferiore, poi, e più mite, lungo l'arto destro inferiore. Dopo il dolore succede uno stadio di spasmo tonico di tutta la persona, che presenta pallore del volto, dilatazione delle pupille. Succede la deviazione coniugata del capo e dei bulbi a destra e movimenti clonici a destra, finiti i quali il paziente apre la bocca, sporge la lingua che viene tosto serrata fra le mascelle. Poi il torace, il quale dopo lo stadio tonico era rimasto immobile e, sospesa la respirazione, al pallore del volto,

s' era sostituito il turgore cianotico, riprende a compiere la sua escursione che, debolissima in prima, si fa più e più profonda, mentre esce alquanta spuma sanguinolenta dalla bocca e le musculature entrano nello stadio della generale e completa rissoluzione. Il paziente dal principio dell'accesso convulsivo fino al punto nel quale divenne turgido in volto, diede segni certi di persistenza della coscienza. Cessato l'accesso, assicurò di avere la conoscenza di tutto quello che era avvenuto, sebbene in ultimo non avesse avuto la possibilità di reagire e quindi di darne la prova.

Mi pare che questo caso sia venuto assai opportuno come altro esempio della forma convulsiva epilettiforme del male di Pott latente e come prova di quanto ho detto intorno al valore diagnostico della convulsione, considerata nella specie dell'aura, nella persistenza della coscienza e nella concomitanza dei fenomeni spasmodici negli arti.

5. Il male di Pott può assumere un'altra forma clinica assai interessante – la forma meningitica.

Mi dispiace di non potere narrare nessun caso con quella estensione e corredo di particolari che sono, se non necessari, utilissimi certo a dare una idea più concreta del processo morboso; e non posso ciò fare perchè si tratta di due infermi che ho veduto come consulente e dei quali non sono riuscito a procacciarmi le note anamnestiche, nè una succinta storia del decorso morboso.

Tuttavia posso dare le maggiori assicurazioni intorno alla presenza dei sintomi da me constatati ed all'esito della cura che ho consigliata.

La sede del male di Pott in un caso era alla 2ª vertebra cervicale; in un altro alle ultime cervicali e prime dorsali. In amendue i casi la malatia decorse febrile. Nel primo coll'esordire della febre si pronunciarono sintomi cerebrali, che suggerirono tosto la diagnosi di meningite tubercolare, giustificata dalla età infantile della paziente, dalla sua costituzione linfatica, dalla derivazione da padri debolucci e malsani. - Nel secondo caso si pensò prima ad una febre infettiva, poi alla meningite basilare. In amendue i casi l'andamento eccezionale della supposta meningite, — eccezionale per la cessazione del delirio, delle convulsioni e del coma nel primo caso; eccezionale nel secondo per la lunga durata, per la successione di uno stato di cronicità alle gravezze estreme ch'avevano suggerito pronostico letale nel senso più assoluto - l'andamento eccezionale, dissi, provocò il consulto.

Ripensando a questi casi e a tanti altri, che nella clinica si presentano come eccezionali, intorno ai quali non raramente si fanno lunghe ed aspre discussioni diagnostiche, devo convincermi, che la certezza che può aversi sulla loro entità e realtà, non è così semplice da potere paragonarsi alla certezza matematica. Questa può essere dimostrata egualmente a tutte le intelligenze preparate a comprenderla; all'incontro la certezza che può aversi sulla realtà di taluni fatti clinici, è sì complessa, superiore, relativa, che non può avere una dimostrazione assoluta. Qui acquista una importanza incontrastabile il senso personale, che corre a considerazioni speciali, in virtù delle quali non possiamo arrestarci alle comuni idee diagnostiche e terapeutiche e si concepisce un trattamento terapeutico quale viene inspirato dalle impressioni deter-

minate dall'individuo ammalato. Qui pure nasce talvolta quel triste spettacolo, che non di raro offre la pratica medica giornaliera, in cui si vedono a torto censurati concetti diagnostici e terapeutici, quindi messi in non cale anche con danno dei pazienti, perchè non vengono compresi, e non possono esserlo perchè, essendo il prodotto di impressioni che tutti non possono ricevere, di considerazioni che per questo non sono fatte, non possono essere dimostrati in modo assoluto.

In questi casi il consulente può avere la maggiore soddisfazione, o il peggiore sconforto, a seconda che s'imbatte con persone che accolgono fidenti il di lui consiglio, oppure con persone che protraggono oziosamente la discussione.

Nel primo dei due casi dei quali stava ora occupandomi, fui impressionato dal come la piccola paziente teneva il capo sul guanciale: – l'aveva come infossato in questo stando continuamente col corpo supino; e, se invitata a muoversi, o chiamata e sollecitata a guardare di là, o di qua, volgeva l'occhio, ma non muoveva affatto il capo. Mi si osservò che la immobilità del capo era determinata dalla vescica di ghiaccio che posava sul capo medesimo; ma risposi che l'atteggiamento della piccola inferma non era certo quello della meningite tubercolare, dove possono pur darsi fenomeni di spasmo nei muscoli del collo, e ciò malgrado può il capo non essere a quel modo immobilizzato; dove il capo, atteso gli spasmi muscolari, può essere tenuto in posizione anormale e tuttavia può essere mosso sebbene in guisa anormale. Dopo di che facemmo invito alla bambina di lasciarsi mettere a sedere e mentre si eseguiva questo, istin-

tivamente portò le mani al capo in atto di mantenerlo in equilibrio e piangendo perchè avvertiva un dolore.

Questo solo bastava a dimostrare che doveva essere lesa la porzione scheletrica della cervice e che sarebbe stato pericoloso usare manovre brusche ed insistenti. Però mi affrettai a fare una leggera compressione sulle prime vertebre cervicali tanto per dimostrare che il dolore sarebbesi esacerbato, ed ottenuta anche questa prova, conclusi trattarsi di spondilite cervicale e doversi praticare la cura mediante quattro punti di ustione ai lati delle vertebre, e poscia colla immobilizzazione della parte, mentre con altri mezzi opportuni s'avrebbe dovuto soddisfare alle indicazioni per la cura interna.

Si accolse senz'altro il concetto diagnostico non che il consiglio terapeutico e la bambina guarì completamente.

Quanto al secondo caso, intesa l'anamnesi lunga e confusa e indecifrabile, mi diedi all'esame del paziente pallido, macilento, febricitante, in preda a fenomeni di erettismo tale che era una pena ogni ricerca obbiettiva. Non trovava nulla di attendibile nè al petto, nè all'addome, nemmeno al capo. Quando desiderai che si mettesse a sedere e procurasse di compiere i necessari movimenti da solo per misurare il grado delle sue forze, mi accorsi che si adoperava in modo di tenere la colonna vertebrale tutta d'un pezzo; a questo scopo si puntellava sui cubiti e poi tentava eseguire dei piccoli slanci – che riuscivano inani e dolorosi – per giungere alla posizione richiesta. Non riuscendo solo, fu aiutato e malgrado ciò non poteva tenersi a sedere sul letto senza sentire forte dolore, che aveva punto di emergenza sulla colonna vertebrale fra le scapole e si irradiava lateralmente sul torace.

La colonna vertebrale era diretta e apparentemente normale; ma dolente alla pressione; e mentre stava raccogliendo questi fatti, il paziente fu preso da vomito.

Rimesso nella posizione supina e fatto riposare, desiderai di vederlo fuori del letto, in piedi. Con molta difficoltà sono riuscito ad ottenere questo contro il volere dei parenti, che dicevano impossibile quanto io chiedeva, non essendo mai stato mosso il paziente dalla sua posizione supina, quindi per questo e per le lunghissime febri ridotto allo estremo delle forze. Ma ottenni che coll'aiuto opportuno scendesse da letto e constatai che non poteva erigere il tronco e che le gambe non appena furono in estensione per giungere al suolo, vennero prese da trafitture che discendevano dal dorso. Sotto l'influenza di questi fenomeni dolorosi intervenne ancora il vomito ed un lieve deliquio.

Non potei istituire altre ricerche; ma aveva guadagnata la certezza, e lasciato in pace l'infermo, passai a conversare coi colleghi intorno al caso che dichiarai — dopo non brevi spiegazioni fatte secondo il mio modo di vedere – essere un grave quanto raro esempio di male di Pott latente; e proposi la cura solita.

L'esito del consulto è stato il dubbio non espresso sulla diagnosi e conseguentemente il rifiuto del consiglio terapeutico. – Ma per chi aveva diagnosticata la febre tifoide, come per chi aveva opinato per la meningite tubercolare, certo i fatti attuali dovevano essere meritevoli di speciale considerazione: anche omettendo qualsiasi discussione sui fatti anteriori, doveva non sfuggire il valore dei sintomi attuali.

Io era dal caso precedente istruito e quindi ricono-

sceva la possibilità delle parvenze meningitiche e mi spiegava ogni momento della malatia; ma anche rinunziando alla interpretazione di tutto il fatto clinico, si poteva ritenere ciò che ora stavaci innanzi, come una successione morbosa, che ad ogni modo non doveva passare inosservata.

Incalzando i sintomi di irritazione spinale dopo un mese e mezzo circa dal consulto, si pensò di tentare la cura da me proposta; fu fatto un tentativo, più che una cura completa, ciò nulla meno non mancò un certo miglioramento locale e generale, per cui il paziente aveva assunto aspetto quasi rassicurante nel quale durò circa un paio di mesi. Ma la malatia delle prime vertebre dorsali si diffuse alle sottostanti e poi ad altre e dovette soccombere.

A chi mi chiedesse spiegazione della parvenza di meningite cerebrale determinata dal male di Pott, prima d'accogliere la conoscenza della forma clinica ora descritta, io risponderei, che anzi tutto si deve far tesoro dei fatti per poi cercarne la spiegazione. Se si avessero a negare i fatti che non possono spiegarsi, a ben poco, a troppo poco si ridurrebbe la patologia speciale medica. Non tutte le spiegazioni che stanno classificamente scritte, sono vere; non tutte quelle che non si vogliono accettare, sono false; quello che più interessa, sono i fatti della esperienza per chi sa profittarne.

Del resto, per rimanere al nostro argomento dirò, che data la forma febrile del male di Pott – forma d'altronde nota; — dati i fenomeni di irritazione ascendente — che sono altrettanto noti; – è facile concepire, almeno in modo generico, come si venga a comporre un quadro di fenomeni simulanti quello della meningite. Questa spiegazione

generica, fondata su fatti fisio-patologici accettati per veri dal voto unanime dei medici, è per ora sufficiente. Quello che di più si potrebbe dire, rasenterebbe troppo da vicino l'ipotesi pura, quindi è migliore consiglio attendere luce da ulteriori osservazioni.

6. Ora passo a narrare di un caso che io credo piuttosto unico che raro e che presento come esempio di *Male di Pott con ematuria,*

Zoin B.... di 16 anni di Padova è figlia di padre sano, di madre affetta da reumatismo articolare cronico (?). Le sono morti una sorella a 9 anni per tubercolosi polmonale, ed un fratello di undici mesi per bronchite capillare. Superò le solite malatie dell'infanzia felicemente, ebbe ingrossate alcune glandole cervicali ed ammalati gli occhi, pare, d'ulceri corneali. Fu pure soggetta alle epistassi che la lasciarono debole e spossata. Dopo lunga cura solvente, ferruginosa e marina guariva perfettamente e si dedicava alla professione della sarta.

Scorso qualche tempo, principiò ad avvertire durante l'incesso dolori alla porzione lombale della colonna vertebrale, i quali dolori si irradiavano lungo l'arto destro. Contemporaneamente veniva colta da cardiopalmo, da rossore del volto, vertigine, nausea in modo eccezionale, sì che trovandosi lungo la via, era costretta fermarsi, appoggiarsi al muro per evitare la caduta. Questi fenomeni, sebbene di brevissima durata, si ripetevano di frequente, se continuava il moto della persona; se invece rimaneva seduta, di questi fenomeni non aveva sentore. Fu allora che s'accorse che le sue urine avevano aspetto sanguigno e lasciavano molto sedimento, per cui impressionata sini-

stramente si presentò all'ospitale per esservi accolta e curata. Quivi rimase alcuni giorni ed essendosi fatte normali le sue urine, venne licenziata.

Non era guarita, perchè continuavano i fenomeni surriferiti. A casa ben presto le urine ridivennero sanguigne e qualche volta si manifestò anche l'epistassi. Pare avesse qualche vantaggio dall'uso del percloruro di ferro, d'acqua di Roncegno; ma non può dirsi che a questi rimedi si debba attribuire la cessazione dell'ematuria; perchè qualche altra volta era scomparsa indipendentemente da qualsiasi rimedio. Tant'è che gli altri fenomeni nervosi continuavano sempre, anche dopo la comparsa della mestruazione che avvenne al 15^0 anno. E questa, sebbene in seguito tenesse decorso regolare, non impedì che tornasse in campo l'ematuria quando la paziente, per essere stata obbligata a lavori corporali faticosi, come sarebbe quello di pulire i terrazzi, sentì aggravarsi il dolore alla colonna vertebrale.

Intorno a questo dolore, che può dirsi durasse da un paio d'anni e che rimase inosservato da quanti videro la paziente, pescai maggiori informazioni e seppi, che quando si esacerbava, si estendeva in su verso il dorso da dove espandevasi circolarmente sui due lati del torace. — Dopo l'ultima esacerbazione erano cresciuti anche i fenomeni delle estremità inferiori: — pesantezza, lassezza, talvolta minaccia di cadere. — Vedendo nel sno male la tendenza a progredire desiderò essere accolta nella Clinica medica.

La figura della paziente mi ricordò la donna di razza etiopica, dalla quale differisce per il colore della cute; — la capigliatura folta, corta, crespa, la sporgenza dei zi-

gomi, il candore dei denti impiantati sulle mascelle prognate, le lunghe braccia, le gambe sottili, le mani e i piedi lunghi, i piedi piatti e il talone sporgente, il piccolo torace e persino la nota abilità della paziente alla corsa. — Al collo aveva alcune glandole ingrossate — Al torace nulla di notevole perciò che riguarda ai polmoni; il cuore piuttosto piccolo, ma valido nell'impulso. — Al ventre trovai una maggiore resistenza al palpeggiamento sulla metà destra. Per altro la esplorazione anche profonda dell'addome può eseguirsi e si avverte, specie a destra sotto l'inspirazione profonda, la presenza di un corpo che non è possibile esplorare nettamente, ma che dà l'idea della parte inferiore del rene, che sotto l'inspirazione si fa accessibile alla mano esploratrice. Facendo l'esame combinato delle due regioni ipocondriache, applicando cioè una mano posteriormente sotto l'ultima costa e l'altra mano anteriormente, nel mentre quella applicata posteriormente prema la parte, la paziente accusa una molestia, tanto a destra quanto a sinistra. Se le due mani vengono contemporaneamente applicate sulle regioni renali e si preme ad un tempo con entrambe, l'avvertita molestia allora è minore. A me sembrò che la sensibilità della parte suscitata coll'esame eseguito nella prima maniera non provenisse dall'essere stato premuto il rene, ma dalla forza colla quale la pressione veniva esercitata, sì che la molestia era da attribuirsi all'essere indirettamente compressa la colonna vertebrale. In vero, praticando l'esame di questa nella guisa che ho altrove indicato per premere sulla porzione anulare delle vertebre che possono raggiungersi subito sotto l'ultima costa, la paziente avvertì un forte dolore, che si ripetè ad ogni ripresa del-

l'esame; mentre non si riprodusse che sotto forma di semplice molestia quando, per esperienza, tornai all'esame combinato sulle regioni renali. — Fegato e milza normali. — Essendo stato ordinato che la paziente versasse l'orina in vasi differenti, ho veduto che un vaso conteneva urina sanguinolenta, un altro urina che era debolissimamente tinta in sanguigno, un altro orina normale affatto. — Il sangue presentava debole leucocitosi, qualche globolo rosso nucleato. — L'esame del sistema nervoso periferico non mi condusse a risultati importanti. - Quello della colonna vertebrale mi servì a constatare, oltre il dolore delle vertebre lombali come ho già detto, che la paziente camminando incurvava alquanto la colonna vertebrale ed ordinandole di stare diritta, diceva non poterlo fare lungamente perchè sentiva dolore, e segnava le vertebre lombali; che in tutti i movimenti del tronco, i quali per essere effettuati esigono una certa flessione della porzione lombale della colonna, la paziente o non eseguiva il movimento per risparmiare la colonna, o l'eseguiva provocando dolore nella anzi detta regione.

Coll'ulteriore esame delle urine ho verificato: - che l'ematuria era irregolarmente intermittente; che era maggiore dopo il movimento forzato della persona, che nell'urine si contenevano emazie e globuli bianchi nelle proporzioni che vennero constatate nel sangue ed oltre a ciò nulla di importante.

Dopo che ebbi con ogni rigore dimostrata la esistenza dell'ematuria intermittente a periodi irregolari, poichè la paziente e la prima e la seconda volta che veniva consigliata di recarsi all'ospitale, era stata presentata come ematurica e degli altri fenomeni morbosi non era tenuto

conto se non come di fenomeni secondari, presi a trattare il caso davanti alla scuola considerando l'ematuria per studiarla come sintomo di malatia renale, di malatia generale e come forma idiopatica.

Volle fortuna che contemporaneamente e proprio al letto prossimo a quello della paziente di cui sto occupandomi, venisse collocata una inferma con ematuria, piuttosto grave e per la quantità del sangue e per la durata della ematuria stessa. Qui avevasi una donna alla età critica, la quale dieci anni prima aveva avuta l'ematuria che non si sa bene se sempre, o mai, o talvolta coincidesse colla regolarissima ricorrenza mestruale. La donna aveva superata felicemente altre malatie tra le quali anche l'echinococo nel ventre, guarito perfettamente mediante la semplice puntura. Ora l'ematuria durava da un mese, ora più, ora meno abbondante. Insieme la paziente aveva delle molestie vaghe subbiettive ed anche obbiettive nell'addome; ma malgrado ripetute esplorazioni non si potè mai venire a capo di nulla; anzi in seguito si cerziorò che in quel ventre non c'era un processo morboso progrediente diagnosticabile, tanto che l'ammalata andava migliorando anche nel generale. Per dir breve, ricorderò solo che, previa lunga discussione, ribadii la diagnosi già pronunciata di *ematuria idiopatica.*

La stessa diagnosi avrei dotuto pronunziare anche nel caso della ragazza.

Ma quando avrei dovuto spiegarne la patogenesi e non aveva gli argomenti che nella donna alla età critica esistevano, come non aveva altri i quali secondo quanto ho esposto nel precedente articolo sull'ematuria, mi dessero buone ragioni per dimostrarne la specie idiopatica,

mi diedi a fare la rivista dei fenomeni nervosi che aveva registrati nella storia della paziente ed a cercarne la patogenesi; di questo passo arrivai a rendere evidente il *male di Pott* e a formulare l'ipotesi, che tra le manifestazioni nervose da esso sostenute fosse quella particolare anomalia vaso-motoria del rene, dalla quale l'ematuria. L'intermittenza di questa, e il suo aggravarsi per i movimenti del corpo, erano due fatti importanti: il primo faceva sospettare l'influenza del sistema nervoso, altra plausibile non essendo nella paziente; — il secondo, collegandosi colla storia dei dolori e di altri fenomeni nervosi non che coi risultati dell'esame della colonna vertebrale, accennava che l'anomala funzione della innervazione vasale dei reni potesse collegarsi colla malatia vertebrale.

Non potendo io ammettere, nè una affezione renale, nè una malatia discrasica, nè alterazioni vasali, nè la ematuria idiopatica, conclusi che la diagnosi doveva essere di *male di Pott con ematuria.*

Quando alle mie diagnosi posso offrire la prova sperimentale, io credo toccare uno dei punti più elevati cui deve mirare l'istruzione clinica; — e se la prova clinica sperimentale può essere terapeutica, parmi vincere una lotta contro coloro che sogliono deprimere la patologia clinica o per ignoranza, o per detestabile sistema.

E la mia convinzione sulla diagnosi di male di Pott con ematuria secondaria in un caso, di ematuria idiopatica nell'altro era così fondata e profonda che volli darne la dimostrazione facendo di entrambe la cura nel modo che vengo a dire.

Dove tutto dipende dal male di Pott, io diceva, non curerò l'ematuria, ma la malatia vertebrale: — là dove l'ematuria è idiopatica, farò la cura indicata per questa. Nel primo caso saranno praticate le ustioni punteggiate ai lati delle vertebre lese; nel secondo caso verrà amministrato nelle ventiquattro ore l'estratto di Fava del Calabar a dose crescente secondo la tolleranza.

Come dissi nel precedente articolo sulla ematuria idiopatica, questo rimedio è efficacissimo; io anzi credo che, data l'ematuria, ammessa la difficoltà della diagnosi, possa questa, dietro il criterio *a juvantibus*, essere agevolata, perchè se l'indicato rimedio guarisce prestamente l'ematuria, ne rivela l'origine idiopatica. Questo mi avvenne in alcuni casi: - dove l'ematuria era sintomatica, potè essere diminuita, non interamente soppressa.

Ho detto che la Fava del Calabar doveva darsi a dose crescente nelle 24 ore. Avvertirò dunque che il metodo mio consiste nel fare delle pillole ciascuna di gr[i]. 0,02 e di amministrarne una ogni due ore, sorvegliando i fenomeni che può averne il paziente.

Il secondo caso — quello dell'ematuria idiopatica - *il giorno seguente a quello nel quale s'era principiata l'amministrazione della Fava del Calabar, presentò le urine normali.* Venne continuata la cura per alcuni giorni; la paziente gradatamente migliorò nell'aspetto generale in tutte le funzioni organiche, *non presentò più mai ematuria.*

Nel caso della malatia vertebrale *dopo le ustioni scemarono i dolori, scomparvero gli altri fenomeni nervosi*

e l'ematuria; anzi questa fu la prima a diminuire e a scomparire.

Non vale la pena di dilungarmi a descrivere il resto della storia di questa paziente, non essendo mio assunto di ripetere cose note ma di limitarmi a quelle che credo utili, quindi concludo:

1. A riconoscere il male di Pott latente giova il più diligente esame fisiologico della colonna vertebrale ed occorre perizia nella diagnosi differenziale per discernere i fenomeni nervosi prodotti dalla malatia delle vertebre da altri che possono essere dati da altre infermità.

2. Durante i primordi del male di Pott si possono dare delle forme di crisi viscerali come ne' primordi di taluni malati dell'asse spinale.

3. Il male di Pott può assumere eccezionalmente una forma convulsiva epilettiforme, una forma meningitica, una forma ematurica.

Non sempre i fenomeni morbosi della malatia della quale è discorso, possono essere spiegati nel modo più soddisfacente. – Portato dal desiderio di trovare di ogni fenomeno la ragione anatomica, si corre colla mente alle diverse alterazioni che vennero constatate nei nervi e nel midollo in seguito al male di Pott; quindi si pensa alla nevrite dei nervi che escono dalla colonna vertebrale, alle varie modalità della meningite, della compressione del midollo e delle sue conseguenze.

Tuttavia bisogna ricordarci, che si danno dei fenomeni nervosi i quali non sono in stretto rapporto colle alterazioni secondarie dei tessuti nervosi; anzi credo poter dire, che si danno de' fenomeni i quali, potendo talvolta essere

rimossi prima che cessi la malatia fondamentale, rivelano una origine puramente irritativa e di origine riflessa. Di questo genere devono essere tenuti quelli che ho riferiti colla denominazione di crisi viscerali, la stessa ematuria, i fenomeni vescicali passaggeri, le convulsioni.

Bisogna pure aver presente, che le stesse alterazioni ossee non sono eguali in tutti i casi; il focolaio morboso può essere unico, può moltiplicarsi; la deformità del corpo vertebrale varia in mille guise; può darsi la lussazione come complicazione morbosa.

E non deve dimenticarsi infine, che se per le ragioni anzidette può essere vario assai il modo di sconciarsi delle vertebre, quindi il modo di alterazioni dei rapporti tra contenente e contenuto, è pure variabile il grado di irritabilità degli involucri e del midollo medesimo. Conseguentemente dove si vedono predominare i sintomi della pachimeningite, dove quelli della mielite, dove quelli della sola irritazione spinale o prodotti dalla affezione meningea, o dal contatto di traccie di pus, provenienti dal focolaio.

Su tre ammalate con sintomi di carie delle vertebre cervicali io ho constatato una sintomatologia differentissima: — in una aveva i sintomi di nevrite diffusa al braccio destro con fenomeni di paresi e di atrofia muscolare incipiente; - in un' altra, predominavano le forme nevralgiche alle estremità; - in un'altra, che era stata accolta con sintomi di cardiopatia e portava un seno fistoloso allo sterno, si avevano fenomeni di paresi alle estremità inferiori, ed in questa la comparsa di porpora emorragica tutte le volte che usciva dal letto per divagarsi e muoversi per la sala. — In queste ammalate giovò la medesima cura - il ferro rovente e la successiva im-

mobilizzazione della parte. Calcolando queste ammalate, ho raccolto 15 casi di male di Pott cervicale e in uno solo ho veduto la paralisi limitata agli arti superiori: — era un bambino di 5 anni abitante nei pressi di Pavia, che soccombette perchè non si volle sottoporlo alla congrua cura. — Ebbi in clinica un uomo nel quale si avevano fenomeni di paraparesi e dolore lombale senza deformità della colonna; uscì dalla clinica perchè ricalcitrante alla cura; tornò più tardi completamente paralitico. Si giudicò la paralisi da compressione del midollo spinale; ma essendosi rapidamente aggravato lo stato dell'infermo per febre altissima e cistite, venne a morte senza che si intavolasse alcuna cura; e la necroscopia ci mostrò che vera compressione non esisteva in nessun punto del midollo; invece sulla dura madre si trovarono alcuni nuclei di produzione di connettivo grasso, sotto la dura si scoperse la meningite suppurata e il rammollimento del midollo per il tratto corrispondente alla porzione lombale.— Le vertebre lombali quasi distrutte, in nessun luogo piegata la colonna vertebrale, nessun ascesso per congestione.

Conosco un caso interessante di male di Pott con risultante scogliosi destra della porzione dorsale inferiore e che nel corso della malatia presentò paralisi delle estremità inferiori, paresi dell'arto superiore corrispondente alla concavità della colonna: guarivano i fenomeni delle estremità inferiori e rimaneva indelebile la paralisi nel medio, nell'anulare e nel mignolo.

Prendendo in considerazione questi casi, credo occorra cercare un altro coefficiente per la spiegazione delle diverse sintomatologie: - sta bene la lezione scheletrica, le alterazioni secondarie delle meningi e dei tessuti nervosi;

ma oltre questi si deve pensare alle irritabilità speciali di questi e alla particolare maniera colla quale possono diffondersi le irritazioni lungo l'asse spinale e lungo i nervi.

Comprendo che, anche ammesso tutto ciò, non si spiega tutto sufficientemente; per ciò ho detto già che non si possono sempre spiegare i fenomeni del male di Pott malamente detto latente. Pure fermando l'attenzione sul complesso dei fatti ai quali ho dianzi accennato, si viene ad una conclusione, che il male di Pott, come che malatia scheletrica, è piuttosto da assegnarsi agli studi medici che agli studi chirurgici. – La sua diagnosi nelle forme a torto dette latenti, la singolarità dei sintomi e la necessità di interpretarli a malatia spiegata per dirigere convenientemente la cura anche sugli organi nervosi, la necessità di alcune diagnosi differenziali, il contributo che questi casi possono dare alla fisiologia e alla patologia del sistema nervoso, sono tutti argomenti che appoggiano il mio pensiero.

Charcot narra di una isterica la quale era stata tenuta per molto tempo nel corsetto di Sayre, perchè al chirurgo che l'aveva accolta nella propria sala, bastò notare una lieve sporgenza delle apofisi spinose delle vertebre lombali per spiegarsi certi dolori, che l'ammalata accusava, colla diagnosi di male di Pott che non esisteva. Lo stesso *Charcot* poi fa notare che in seguito alla malatia di Pott può svilupparsi l'isterismo, che non si riconosce che da coloro che sanno interpretare i sintomi per acquistata perizia nella specialità; ed espone un caso che per ciò dalla Charité passava alla Salpêtrière. Io stesso curai una contadina che aveva una cifosi angolare sulla porzione dorsale inferiore e paralisi flacida d'ambedue le

estremità inferiori. Nel seguito della cura si manifestarono sintomi di isterismo volgare; il nodo isterico, i dolori vaghi incessanti, i tremiti, le ansie, le scalmane ecc. Guarì interamente della paraplegia e rimase isterica. Dopo un anno tornò e narrò una serqua di mali; ma potei discernere quelli della nevrosi da quelli procedenti dalla rinnovata affezione vertebrale, che del resto guarì prestamente colla sola applicazione del corsetto.

Tutti coloro che hanno estesa pratica d'ammalati, possono dire se alcune volte non sarà loro occorso di curare dei sintomi o indeterminati, o presi come espressione di stati morbosi che non sapevano diagnosticare, e che più tardi compresero che procedevano dal male di Pott. Mi pare dietro ciò, che in luogo di parlare del male di Pott, *latente*, convenga dire, che questa malatia o nel suo inizio, o lungo molta parte del suo decorso, abbisogna di essere intravveduta malgrado non esistano i sintomi più segnalati della lesione vertebrale e delle sue conseguenze. Bisogna abituarci a sospettarla anche quando non è evidente l'alterazione della colonna e si danno sintomi più o meno diffusi del sistema nervoso, che richiedono una fina interpretazione fisiologica ed una diagnosi differenziale.

Mi sono convinto che la malatia delle vertebre è più frequente di quello che in generale si crede, che non sempre percorre le fasi ammesse classicamente, che quando o s'arresta alla prima, od è molto circoscritta, può passare inosservata, perchè la sintomatologia non viene sempre adeguatamente apprezzata.

FINE DEL VOLUME

INDICE

Dedica . . . . pag. 3
Breve Preambolo . . . . » 5
I. **Intorno alla cura della scrofolosi addominale.** — Esposizione succinta di un caso pratico. — È sempre possibile la diagnosi differenziale tra scrofolosi e tubercolosi addominale? — La cura deve procedere dal concetto clinico. — Un secondo caso pratico. — Discussione sulla terapia: il sanguisugio all'ano; sua indicazione; valore scientifico dei risultati terapeutici; le rivulsioni sono vantaggiosissime, non considerate in se sole, sì bene come parte del metodo curativo; come agiscano: come la loro azione sia coadiuvata dai diuretici, dal bagno, dai solventi. — Riassunto dei precetti terapeutici. — Breve appendice tratta dallo esame delle storie cliniche . . . . » 9
II. **Sulla predisposizione alla tisichezza polmonale.** — Deve ammettersi una disposizione organica alla tisichezza polmonale; necessità di nuove ricerche in proposito. — Il sistema nervoso nei predisposti alla tisi polmonale? — Il sistema vascolare: 1.° tipo morfologico del cuore dei tisici; 2.° le arterie; 3.° le vene; 4.° i linfatici. — Importanza di constatare i rapporti che passano tra le diverse parti del grande sistema circolatorio. — L'ambiente del bacillo tubercolare. — La tisi polmonale devesi prevenire. — Che cosa dobbiamo attenderci dal prossimo Congresso di Parigi intorno all'argomento . . . . » 36
III. **Alcune generalità sulle malatie organiche del cuore.** — Riassunto delle osservazioni. — Deduzioni: 1.° gli stessi vizi cardiaci durante le loro fasi presentano sintomi secondari differenti: 2.° queste dif-

ferenze sintomatiche alludono a fatti anatomici relativi alla organizzazione individuale. — Diversa conformazione del cuore in seguito a vizi dello stesso genere; sue probabili cause. — Degli edemi che si presentano e restano sempre nel dominio della vena cava inferiore. — Differenza da farsi tra gli edemi meccanici e discrasici; avvertenze terapeutiche. — Dell'intervento del sistema nervoso nella genesi degli edemi meccanici; indicazione terapeutica. — Dell'asistolia. — Del trattamento dietetico. — Del trattamento ginnastico . pag. 63

IV. Sopra alcuni stati morbosi complessi. — Opportunità di correggere la diagnosi di certi stati morbosi complessi. — Affezioni cerebrali con affezioni emorroidali; con alterazioni dei gangli cervicali del simpatico. — Affezioni polmonali in bevitori; come procedere per riconoscere gli effetti polmonali nell'alcool; come l'abuso relativo degli alcoolici ingeneri affezioni polmonali; loro modo di manifestarsi; programma di cura; varietà cliniche . . . . » 108

V. Continua il precedente argomento. — S'incontrano stati morbosi complessi nell'esordire della vecchiezza. — Dell'invecchiare. — Schizzi sintomatici; tipo addominale; tipo cardiaco-vascolare; breve digressione sul salasso ed applicazioni terapeutiche; la cura minorativa è suggerita dalla osservazione clinica; — tipo nervoso. — Appunti intorno alla malatia superata in Italia da S. M. Don Pedro Imperatore del Brasile . » 140

VI. Osservazioni intorno alla età critica della donna. — Ragione per trattare dell'argomento. — Qualche considerazione generale. — La cessazione de' mestrui non è causa di malatia nella donna pervenuta alla età critica; le affezioni che possono darsi dipendono da stati morbosi precedenti, o da mutamenti dell'organismo. — Le emorragie vicarie e la plettora nervosa sono denominazioni improprie. — Nell'età critica si danno vere pletore sanguigne. — Breve cenno terapeutico . . » 198

VII. Sulla patologia della vena cava ascendente. — Diffetto di cognizioni sull'argomento. — Cenni che ne tramandò Morgagni. — Alterazioni anatomiche da me riscontrate: Infiammazione, Ipertrofia, Dilatazione. — Considerazioni fisio-patologiche. — Storie cliniche: — 1.° Cirrosi epatica; influenza della pressione intraddominale sulla secrezione dell'urina e sull'albuminuria;

angioite della cava. — 2.° Influenza combinata della malaria e degli alcoolici; cirrosi epatica con angioite della cava. — 3.° Abuso di cibi e d'alcoolici; dissesti cardiaci; due parole di critica sulle cardiopatie da influenza epatica; cirrosi del fegato con endoflebite. — 4.° Abuso degli alcoolici; sofferenze emorroidali; cirrosi epatica; vena cava sanissima. — 5.° Cardiopatia congenita; cirrosi epatica con straordinaria dilatazione del cuore destro e della cava ascendente. — 6.° Abuso degli alcoolici; cardiopatia; cirrosi epatica: risipola flemunnosa delle estremità; degenerazione del miocardio; dilatazione della cava con ipertrofia delle sue pareti . . pag. 226

VIII. Continua il precedente argomento. — 7.° Un caso interessante di grave iperemia epatica con edemi nel dominio della cava inferiore non legati a cardiopatia; procedimento diagnostico; guarigione. — 8.° Cirrosi epatica per glissonite produttiva; enorme ascite; assoluta mancanza di edemi esterni; diagnosi, necroscopia, epicrisi. — Considerazioni pratiche sugli edemi che si hanno nel dominio della cava ascendente, sia durante la cirrosi epatica, sia nel corso delle malatie dell'apparecchio circolatorio. — Conclusioni . . . . . » 340

Sopra alcuni postumi della Emiplegia d'origine cerebrale. — Di quali postumi si tratta. — Quale concetto dobbiamo formarci dello stato morboso in discorso: stato irritativo del midollo spinale secondario alla malatia cerebrale. — Storie cliniche. — Considerazioni generali sul metodo di cura proposto: le coppette scarificate e secche; il bagno; il massaggio; l'elettricità; il ioduro potassico; la stricnina ed altra eventuale medicazione . . . . » 389

IX. Intorno alla Ematuria idiopatica. — Accesso ematurico unico, associato a forte emicrania. — L'ematuria idiopatica deve più propriamente chiamarsi neuroparalitica, stando al significato clinico dei casi che si conoscono. — Altro caso raro di ematuria idiopatica, durata sei mesi, ribelle a tutte le cure, guarita con dosi progressivamente maggiori di Fava del Calabar; considerazioni relative. — Intorno al fenomeno della intermittenza dell'ematuria idiopatica e delle periodiche variazioni di intensità delle ematurie sintomatiche. — Breve digressione fisio-patologica. — Ancora sul fenomeno della ematuria idiopatica; spiegazione del feno-

meno; come intendere l'emorragia per diapedesi; perchè durante la notte questa emorragia possa aver luogo nel rene. — Della diagnosi e della cura dell'ematuria idiopatica . . . . pag. 422

X. **Sulla malatia di Pott.** — Importanza dell'esame fisiologico della colonna vertebrale nei casi di sintomatologia equivoca. — Alcune cose intorno a questo esame. Malattia di Pott clinicamente rappresentata da vaghi dolori e specialmente da crisi viscerali di gravezza quasi letale. — Ricordo sommario di altri casi, che dimostrano l'utilità dell'esame fisiologico della colonna vertebrale. — Malatia di Pott a forma convulsiva epilettiforme. — A forma meningitica. — A forma ematurica. — Con manifestazioni di porpora emorragica alle estremità. — Interpretazione fisiologica dei fatti esposti » 463